؟

مصنف = ٹیلر و لیوٹن (ای -

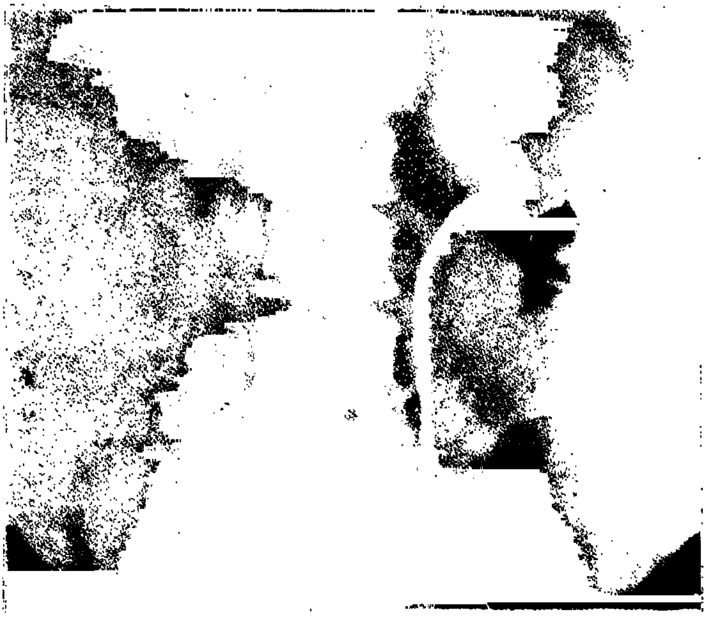
نام کتاب = مجمل طب --

مترجم = محمد عثمان خاں

حیدرآباد (دکن)

جامعہ عثمانیہ دارالطبع

صفحات ۔ ۳۰



الف ــ بایاں طبعی ہے۔ دایاں غیر مشرب ہے۔



ب ــ دایاں استسقاء الکلیہ۔ حوض، کامات، و رحالب متسع ہیں۔ (شعاعی نگاشتیں مسٹر لنڈ سے لاک نے لی ہیں)

بالمقابل صفحہ 506

حوض اور حالب کی جسامت، شکل اور محل وقوع، اور ان کا تعلق ان سایوں سے جو کہ حصوات کا ایما کرتے ہیں، بالیدروں کی وجہ سے تشوہ اور نقص پری، تنگی، اور استسقاء الکلیہ (hydronephrosis) دریافت کئے جا سکتے ہیں۔ اگر ایک شعاع نگاشت انتصابی وضع میں لی جائے تو گردے کے سقوط کی مقدار دریافت کی جا سکتی ہے (صحفہ ۳۹)۔

بعض اوقات مثانہ بین کی مدد سے گردوں کی حالت کے متعلق قابل قدر معلومات حاصل ہو سکتے ہیں۔ اگر ایک یا دوسرا گردہ التہاب حوض الکلیہ (pyelitis) 'التہاب حوض الکلیہ و کلیہ (pyelo-nephritis) 'تدرنی مرض' یا کسی مماثل ضرر سے ماؤف ہے اور حالب بھی ماؤف ہو گیا ہے تو ممکن ہے کہ مثانہ میں حالب کا دہنہ منفتح ہو اور اس کے لب متورم اور متصل غشائے مخاطی عروقی ہو۔ یہ معلوم کرنے کے لئے کہ آیا مرض ایک ہی گردے میں محدود المقام ہے، حالبین کے اندر قاثاطیر داخل کر کے دونوں حالبوں کا پیشاب جدا جدا نکالا جا سکتا ہے۔ ہر گردے سے نکلے ہوئے پیشاب کا اضافی حجم دیکھا جاتا ہے، اور خون، پیپ اور البیومین کے لئے اس کا امتحان کیا جاتا ہے۔ گردے کے بعض پیدائشی تشوہات (congenital malformations)، استسقاء الکلیہ (hydronephrosis)، حالب کے تنگی، حوض کلیہ میں کلوی سلعات کے ابھر آنے کی حالت اور سنگ گردہ کی تشخیص کے لئے قہقری حوض نگاری (retrograde pyelography) سے بہت امداد حاصل ہو سکتی ہے۔ حالب کی قثطرت سے بول کو خارج ہو جانے دیا جاتا ہے اور سوڈیم برومائڈ کا ۲۰ فیصدی محلول، جو لاشعاعوں کے لئے غیر شفاف ہوتا ہے، باحتیاط اندر داخل کیا جاتا ہے اور پھر ایک شعاع نگاشت لے لی جاتی ہے۔ طبعی حوض کلیہ اس محلول کے ۶ سی سی کو اندر داخل ہونے دیگا۔ کوئی معدم حس دوا نہیں دی جاتی، اور اگر کمر میں درد محسوس ہو تو اشراب موقوف کر دیا جاتا ہے۔ ایک نشست میں صرف ایک ہی حالب میں قاثاطیر داخل کیا جاتا ہے۔ مثانہ کو ظاہر کرنے کے لئے ۱۰ فیصدی سوڈیم برومائڈ یا ۱۰ فیصدی کولائڈل سلور (colloidal silver) کا استعمال کیا جا سکتا ہے (1)، (ملاحظہ ہو صحفہ ۴۰)۔

امتحانِ بول

مقدار - جسم کا آبی مافیہ منہ کی راہ سے لئے ہوئے پانی اور اُس پانی کے درمیان ایک توازن ہے جو کہ گردوں سے بصورتِ بول، جلد سے پسینہ کی صورت میں اور پھیپھڑوں سے، اور براز وغیرہ میں خارج ہوتا ہے۔ بول کا افراز خون کی اس مقدار پر منحصر ہوتا ہے جو گردوں میں ہو کر بہتی ہے۔ افرازِ بول کی زیادتی کو کثرت البول (polyuria) کہتے ہیں، اور اُس کے اُسر یا انقطاع کو اُسر البول یا انقطاع البول (anuria) کہتے ہیں جس کو احتباس (retention) سے تمیز کرنا چاہیئے۔ ادخالِ سیالات سے اور سردی میں جسم کے تکثف سے بول کا حجم بڑھ جاتا ہے، کیونکہ آخر الذکر حالت میں پسینہ کا افراز کم ہو جاتا ہے۔ لیکن پانی پینے سے محترز رہنے سے، خوب پسینہ آنے سے، اور نظامِ دورانِ خون سے نقصانِ سیال واقع ہونے سے بول کا حجم گھٹ جاتا ہے۔ بول کا روزانہ اوسط حجم ۱۵۰۰ مکعب سنٹی میٹر ہے۔

دورانِ مرض میں، اختلافات مندرجۂ ذیل حالتوں میں دیکھے جاتے ہیں:۔ ثانوی منقبضہ گردے (secondary contracted kidney) میں، دماغی مرض کی شاذ اصابتوں میں، ذیابیطسِ شکری (diabetes mellitus) میں، اور ذیابیطس طفیخ میں سیلانِ بول زیادہ ہو جاتا ہے۔ ایک عارضی زیادتی ہسٹریائی حملوں میں دیکھی جاتی ہے، یا محض عصبی ہیجان کا نتیجہ ہوتی ہے (یہ عصبی ہیجان اکثر اوقات زندگی کے بیمہ کے لئے طبی امتحان کے دوران میں بھی ہو جاتا ہے) نیز مدرِ بول فعل رکھنے والی اشیاء سے بھی عارضی زیادتی ہو جاتی ہے، جیسے کہ ایسی ٹیٹس (acetates)، سائٹریٹس (citrates)، اور ٹارٹریٹس (tartrates)، اور شاید نہایت عام طور پر الکحلی مشروبات سے۔

مندرجۂ ذیل حالتوں میں قلتِ بول یا اُسر البول ہوتا ہے:۔ حاد التہابِ گردہ (acute nephritis)، آب دمویتی التہابِ گردہ (hydræmic nephritis) تسددِ حالب میں باستثنائے اس صورت کے کہ دوسرا گردہ اتنی قوت رکھتا ہو کہ اپنی معمولی مقدار سے دُونی کا افراز کردے، حموی اعمال، اور فشلِ قلب میں، متواتر قئے یا بہ کثرت اسہال

کے بعد۔

کثافتِ نوعی - یہ بول کے جامدات کی مقدار کے ساتھ براہِ راست، اور پانی (یعنے خود بول) کی مقدار کے ساتھ بالعکس اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ اِس کی تعیین کے لئے ایک آب پیما (hydrometer) استعمال کیا جاتا ہے جسکو بول پیما (urinometer) کہتے ہیں۔ اگر بول کی مقدار اتنی کم ہو کہ بول پیما اُس میں تیر نہ سکے تو اُسے حسب ضرورت پانی کے ایک، دو، یا تین حجموں کی آمیزش سے مُرَقّق کر سکتے ہیں، اور ایسی صورت میں کثافتِ نوعی حاصل کرنے کا یہ طریقہ ہے کہ اُس کے آخری دو عددوں کو اس عدد سے ضرب دے دیجائے جو کہ ترقیق ظاہر کرتا ہے۔ کثافت تپش کے ساتھ ساتھ اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ صحیح اندراج کے لئے ضروری ہے کہ تمام مشاہدات ۶۰ درجہ فارن ہائیٹ پر کئے جائیں، یا ۶۰ درجہ فارن ہائٹ سے اوپر ہر ۵ درجہ فارن ہائٹ کے لئے کثافت کا ایک درجہ اور شامل کر کے ان کی تصحیح کر لی جائے۔ حالتِ صحت میں بول کی کثافتِ نوعی ۱۰۱۵ تا ۱۰۲۵ ہوتی ہے۔ کثرتِ بول پیدا کر دینے والے بیشتر اسباب اِس کو گھٹا کر ۱۰۱۰، ۱۰۰۶، ۱۰۰۴، یا اِس سے بھی کم کر دیتے ہیں۔ قلتِ بول کے تمام اسباب کثافتِ نوعی کو بڑھا دیتے ہیں۔ ذیابیطسِ شکری میں کثافتِ نوعی بڑھ کر ۱۰۳۰، ۱۰۴۰، یا ۱۰۵۰ ہو سکتی ہے، اگرچہ اِس حالت میں مقدارِ بول معمولی مقدار سے کئی گنا زیادہ ہوتی ہے۔ اِس استثنائی حالت کا سبب شکر کی بڑی مقدار کا غیر طبعی اخراج ہوتا ہے۔ البیومین پست اور بلند دونوں اقسام کی کثافتِ نوعی رکھنے والے بول میں پایا جاتا ہے۔

خون اور بول کے مختلف ترکیبی اجزاء کی اضافی مقداریں اور اُنکی ۲۴ گھنٹے کی اوسط برآمد صفحہ 422 پر کی جدول میں ظاہر کی گئی ہے۔ اُن میں سے بعض کا بیان درج ذیل ہے:۔

یوریا (urea)۔ یہ بول کے مجموعی جامدات کا تقریباً نصف حصہ بناتا ہے، اور جسمانی نائٹروجن کے خارج ہونے کی خاص شکل ہے۔

کمّی تخمین - یوریا کی تخمین کا ایک سہولت بخش طریقہ یہ ہے کہ سوڈیم ھائپوبرومائٹ (sodium hypobromite) (یا ھائپوکلورائٹ: hypochlorite)

شامل کرکے اُسے کاربونک ایسڈ، پانی اور نائٹروجن میں تحلیل کردیا جائے :-

$$CON_2H_4 + 3NaBrO = 3NaBr + CO_2 + 2H_2O + 2N$$

بول کی ایک ناپی ہوئی مقدار (۵ کیوبک سینٹی میٹر) ہائپو برومائٹ کے محلول کی ایک مقدار کے ساتھ ایک شیشی میں ملادی جاتی ہے، اور نائٹروجن کو ایک درجہ دار نلی میں جمع کرکے ناپ لیا جاتا ہے۔ یہ شیشی اور نلی پانی سے گھری ہوئی ہوتی ہے تاکہ تپش مستقل رہے۔ ہائپو برومائٹ کا محلول رکھا رہنے سے ذرا جلد ہی تحلیل ہوجاتا ہے۔ نائٹروجن ناپ لی جاتی ہے، اور اُس پر سے یوریا کی مقدار کی تخمین اِس حقیقت کی بنا پر کرلی جاتی ہے کہ اُس کا ایک گرام اِس گیس کی ۳۷۰ سی سی (کیوبک سینٹی میٹر) سے متناظر ہوتا ہے جو ۱۵ درجہ اور ۷۶۰ ملی میٹر پر پانی کے اوپر ناپی گئی ہو۔ ۲۴ گھنٹوں میں یوریا کی برآمد کی تعیین، پروٹینی تحول کی مقدار کا ایک سرسری ناپ ہے۔ آخرالذکر کو ناپنے کا ایک صحیح تر طریقہ یہ ہے کہ کائل ڈہل (Kjeldahl) کے طریقہ سے پیشاب کی کلی نائٹروجن کی تخمین کیجائے۔ براز، پسینہ وغیرہ میں ضائع شدہ نائٹروجن کا بھی لحاظ رکھنا چاہیئے۔ طبعی حالات کے تحت جسم کا نائٹروجنی مافیہ مستقل رہتا ہے، چنانچہ نائٹروجن کا اخراج ٹھیک اُس مقدار کے برابر ہوتا ہے جو غذا کے پروٹین میں موجود ہوتی ہے، اور جوں جوں غذا کے پروٹین کی مقدار روز بروز متغیر ہوتی ہے، نائٹروجن کا اخراج بھی اُسی کے ساتھ متغیر ہوتا ہے۔ مرض کی حالت میں جسم کا نائٹروجنی مافیہ متغیر ہوسکتا ہے، اور یہ اپنا اثر بول میں خارج ہونے والی نائٹروجن پر بھی پیدا کریگا۔ مثلاً تپ کی حالت میں جسم کے پروٹین کا اتلاف واقع ہوتا ہے، اور مرض برائیٹ میں نائٹروجنی حاصلات کا احتباس ممکن ہے۔ غذا میں کھائے ہوئے پروٹین کے مقابلہ میں بولی نائٹروجن کے زیادہ یا کم ہوجانے سے یہ امر ظاہر ہوجائیگا۔ ایسے تغیرات صرف اُسیوقت ناپے جاسکتے ہیں جبکہ مریض کئی دنوں کے عرصہ تک بالکل غیر متبدل غذا کھاتا رہے۔

کلورائڈز (chlorides)۔ یہ تمام حاد حموی اعمال میں، اور بالخصوص ذات الریہ میں کم ہوجاتے ہیں، بلکہ آخرالذکر مرض میں بالکل غائب بھی ہوسکتے ہیں۔

سلفیٹس (sulphates)۔ یہ پروٹینی تفرق سے پیدا ہوجاتے ہیں۔ ایتھری سلفیٹس جزءً اُس گندیدگی کا نتیجہ ہوتے ہیں جو امعاء میں واقع ہوتی ہے، اور امعاء

کی ان خرابیوں (تسدد، التہاب باریطون، قبض) سے بہت بڑھ جاتے ہیں جو کہ ایسے تغیرات پیدا کر دیتی ہیں۔ لائسال (lysol) یا کاربالک (carbolic) کے تسمم میں ممکن ہے سلفیٹ مفقود ہوں، اور دروں وریدی سوڈیم سلفیٹ (۱۰ فیصدی محلول ۵ اونس جو قلمی سوڈیم سلفیٹ کے ذریعہ بنایا گیا ہو) فی الفور دینا چاہئے۔

فاسفیٹس (phosphates) - بول کے اندر فاسفیٹس کا خاص وظیفہ حالات کی طرح کام کرنے کا ہے۔ اس کے یہ معنے ہیں کہ ترشہ یا قلی کی بڑی مقداریں خون میں سے خارج ہو کر بول کے اندر جا سکتی ہیں بغیر اس کے کہ آخر الذکر کی ترشگی (ہائڈروجن کے رواں کے ارتکاز) کو بہت زیادہ بدلیں۔ اس تعلق میں دو اہم ترین مرکبات مانوسوڈیم ڈائی ہائڈروجن فاسفیٹ (monosodium dihydrogen phosphate) (NaH_2PO_4) اور ڈائی سوڈیم مانو ہائڈروجن فاسفیٹ (disodium mono-hydrogen phosphate) (Na_2HPO_4) ہیں۔ ترشہ کے اخراج کا نتیجہ یہ ہے کہ اول الذکر مرکب زیادہ بنے، اور قلی کے اخراج کا نتیجہ یہ ہے کہ آخر الذکر زیادہ بنے۔ وافر پروٹینی غذا، بول کی ترشگی کو بڑھا دیتی ہے۔ زیادہ نباتی مادے یا دوسری ایسی غذا پینے سے، جس میں سوڈیم اور پوٹاسیم کے سائیٹریٹس، ٹارٹریٹس، اور میلیٹس (malates) موجود ہوں، بول کو زیادہ قلوی بنایا جا سکتا ہے۔ یہ امعاء کے اندر متغیر ہو کر قلوی کاربونیٹس بن جاتے اور اسی حالت میں خون کے اندر جذب ہوتے ہیں، ور اسی واسطے بول کی ترشگی کو کم کر دیتے ہیں اور pH ، یا اس سے زیادہ ہوتا ہے۔ ن حالات میں نسبتہً کم حل پذیر فاسفیٹوں کی کثرت ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ بولی خطہ میں ترابی لمحات یعنے کیلسیم اور میگنیسیم کے فاسفیٹ مرتسب ہو جائیں اور اس حالت کو فاسفیٹ بولیت کہتے ہیں۔ (ملاحظہ ہو حصاۃ کا علاج صفحہ 550)۔ یہ مکدر سپید جماؤ ذرا سا ایسیٹک (acetic) ترشہ ملانے سے حل پذیر ہوتا ہے لیکن نسبتہً زیادہ عام طور پر یہ پایا جاتا ہے کہ کسی خفیف سے ترشی یا تعدیلی بول کو گرم کرنے پر ترابی فاسفیٹس کا ایک سفید جماؤ پیدا ہو جاتا ہے، جو البیومین سے قریبی مشابہت رکھتا ہے لیکن اس سے اس کی تفریق فی الفور یوں کی جا سکتی ہے کہ یہ ایسیٹک ایسڈ کا ایک قطرہ ڈالنے سے حل ہو جاتا ہے۔ آمونیا کی موجودگی سے بھی بول قلوی ہو سکتا ہے، اور یہ

اَمونیا یوریا کی جراثیمی تحلیل سے بن سکتا ہے، یا تو مثانہ کے اندر (التہابِ مثانہ) یا ہوا میں کھلے ہوئے کسی ظرف کے اندر بول رکھا رہنے کے بعد۔ اِس حالت میں اَمونیم میگنیسیم فاسفیٹ مُرتسب ہو جاتا ہے $(MgNH_4PO_4+6H_2O)$ ۔ یہ مثلثی منشورات بنا دیتا ہے جن کے سرے سلامی دار ہوتے ہیں۔

تعاملِ بول ۔ بول کا تعامل (ہائڈروجن کے رواں کا ارتکاز) عموماً تعدیلیت کے ترشئی جانب پر ہوتا ہے ہیسل باش (Hasselbach) نے بتلا دیا ہے کہ اُس کا pH جو لحمی غذا پر یا فاقہ کے دوران میں ۵.۰ ہوتا ہے، سبزیاں اور آزاد قلی کھانے پر ۸.۰ تک متغیر ہو سکتا ہے، اور اس تعامل کا انحصار ڈائی سوڈیم مانو ہائڈروجن فاسفیٹ (Na_2HPO_4) اور مانو سوڈیم ڈائی ہائڈروجن فاسفیٹ (NaH_2PO_4) کی اِضافی مقداروں پر ہوتا ہے جو بول میں موجود ہوں۔

نیز گردے کو ایک ایسا عضو تصور کیا جا سکتا ہے جو چوبیس گھنٹوں میں اَیسڈ کی ایک بڑی مقدار کا افراز کرتا ہے، کیونکہ وہ تعدیلی خون سے ایک ترشئی تعامل رکھنے والا سیال (یعنے بول) تیار کرتا ہے۔ یہ بول کی ترشگی کے متعلق ایک دوسرا نظریہ ہے۔ خارج شدہ ترشہ کی مقدار کی تعیین اِس طرح کی جاتی ہے کہ عُشر الطبعی سوڈا سے بول کی معایرت کر کے اُسے پھر تعدیلی نقطے پر لے آتے ہیں، یعنے خون کے تعامل کا بنا دیتے ہیں، اور اس کے لئے نیوٹرل ریڈ (neutral red) بطور نمائندہ کے استعمال کیا جاتا ہے۔ تندرستی کی حالت میں وسیع اختلافات ہوتے ہیں، لیکن چوبیس گھنٹے کی اوسط قدر، کسیقدر بلند درجہ کی پروٹین غذا کی حالت میں تقریباً ۶۰۰ کیوبک سینٹی میٹر عُشر الطبعی ترشہ ہوتی ہے (Folin)۔

دو رخہ تعامل کی اصطلاح اُسوقت استعمال کی جاتی ہے جبکہ بول نیلے لِتمس کو سرخ اور سرخ لِتمس کو نیلا کر دیتا ہے۔ یہ وہ محفوظ منطقہ ہے کہ جہاں بولی حصّیات میں کوئی ترسیب نہیں ہوتی۔ اگر دونوں طرح کے لونی تغیرات بآسانی ہوں تو pH ۶.۴ ہے۔ اگر سرخ کا غذ نہایت ہی پھیکے نیلے رنگ میں متغیر ہو تو pH ۶ ہے، اور اگر یہ نیلے رنگ میں بالکل متغیر ہی نہ ہو تو تعامل ۶ سے نیچے ہے، جو کہ یورک ایسڈ کی ترسیب کے لئے سازگار ہے اگر سرخ کاغذ آسانی سے نیلے رنگ کا ہو جائے، اور نیلا کاغذ کوئی

تغیر ظاہر نہ کرے تو pH ۶ یا اس سے اوپر ہے، جو کہ فاسفیٹ کی ترسیب کا منطقہ ہے (2)- دیگر نمائندے بھی استعمال کئے جا سکتے ہیں، مثلاً میتھل ریڈ (methyl red) ایسڈ میں، جس کا بیک وقت ایک قطرہ ڈالا جاتا ہے۔ گلابی رنگ کے یہ معنے ہیں کہ pH ۶ سے نیچے ہے اور زرد رنگ کے یہ معنے ہیں کہ pH ۶ سے اوپر ہے۔ ایسے انبوبات کا سلسلہ بکتا ہے، جو کہ pH کے تغیر کے لحاظ سے نمائندوں کے رنگ کا درجہ ظاہر کرتے ہیں (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 588)۔

جب کسی مریض کے بول کو قلوی کر دینا منظور ہو تو ایسا کرنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ سائٹرک، ٹارٹارک، یا میلک ایسڈ کے پوٹاسیم یا سوڈیم والے ملحات کے ڈرام ڈرام کی مقداریں متواتر استعمال کی جائیں، جو اوپر بیان کئے ہوئے طریقہ سے عمل کرتی ہیں۔ لیکن سوڈیم بائی کاربونیٹ سب سے زیادہ موثر ہے۔ بول کی ترشگی حمیات اور ذیابیطس میں زیادہ ہو جاتی ہے۔ مصنوعی طور پر بول کی ترشگی بڑھانے کا یہ طریقہ ہے کہ ایسڈ سوڈیم فاسفیٹ (۳۰ گرین) دن میں تین یا چار بار روزانہ دیا جائے یا کیلسیم کلورائیڈ یا امونیم کلورائیڈ ۱۵ گرین کی خوراکوں میں دن میں چار یا پانچ مرتبہ۔

کیلسیم آگزیلیٹ (calcium oxalate)- کیلسیم آگزیلیٹ کی روزانہ مُفرزہ مقدار تقریباً ۱۵ تا ۲۰ ملی گرام فی یوم ہوتی ہے، لیکن بعض اوقات وہ بول کے اندر ایک جماؤ کی صورت میں دیکھا جاتا ہے، یا گردے کے اندر حصوات بنا دیتا ہے۔ خردبین کے نیچے کیلسیم آگزیلیٹ کے دقیق مُثمّن یا ہشت سطحی اجسام پائے جائیں گے، جو اکثر مربع لفافوں جیسے نظر آتے ہیں۔ مختلف وضعوں میں اُن کا خاکہ معین یا مسدس کی طرح ہوتا ہے، اور اگر اُن کی کوریں نمویاب نہ ہوں تو وہ ہرمی سروں والے مربع منشورات بنا سکتے ہیں۔ ایک شکل، جو غیر عام نہیں، ڈمبیل (dumb-bell) جیسی ہوتی ہے۔ یہ دراصل ایک قرص ہے، جس کے ہر رُخ پر ایک مرکزی نشیب ہوتا ہے اور جو پہلو پر پڑی ہوتی ہے اور کور کی طرف سے دکھلائی دیتی ہے۔ ایسی شکلیں بلاشبہ اس طرح پیدا ہوتی ہیں کہ کولائڈی مادّے کی موجودگی میں آہستہ آہستہ ترسیب واقع ہوتی ہے۔

آگزیلک ایسڈ (oxalic acid) پروٹینز کے تفرق اور پیورین شامل رکھنے والے نیوکلیوپروٹینز کے تفرق سے پیدا ہو سکتا ہے اور شاید کاربوہائیڈریٹس اور

شحوم سے بھی تکسید کے ذریعہ سے پیدا ہوتا ہے۔ صرف چار غذائیں ایسی ہیں کہ جن میں آگزیلک ایسڈ کی بے انتہا مقداریں پائی جاتی ہیں (4)۔ اور وہ یہ ہیں: کوکو (cocoa) ۵۰۴ ملی گرام فی صدی - کھٹا ساگ (sorrel) ۳۶۰ - پالک (spinach) ۳۲۰ اور ریوند چینی (rhubarb) ۲۴۰ - جہانتک کہ شائع شدہ اعداد کا تعلق ہے، ترتیب وار ان کے بعد مندرجۂ ذیل ہیں :- خشک کردہ انجیر ۱۰۰، چاکولیٹ ۹۰، آلو ۴۰ - یہ فہرست اس سے بہت مختلف ہے کہ جو عام طور پر شائع کی جاتی ہے۔ آگزیلیٹ بولیت (oxaluria) اکثر اوقات بلا علامات موجود ہوتی ہے۔ جب علامات پیدا ہو جاتے ہیں تو یہ ہوتے ہیں:- درد اور بعض اوقات دم بولیت، جو کسی قدر سنگ گردہ جیسے ہی ہوتے ہیں، اور کبھی کبھی ان کے ایسے شدید حملے ہوئے ہیں کہ اُن سے حاد معوی انسداد (acute intestinal obstruction) کا تشابہ ہو گیا۔ ایک غیر پیُورینی پست پروٹینی غذا کی ضرورت ہے۔ اور ساتھ ہی آگزیلیٹ موجود رکھنے والی غذاؤں سے پرہیز لازم ہے۔

یورک ایسڈ اور یوریٹس (uric acid and urates)۔ اگرچہ یوریٹس کا روزانہ اخراج بالکل تھوڑا ہوتا ہے، آزاد ترشہ اور اُس کے نمکیات اکثر اوقات بول میں سے تہ نشین ہو جاتے ہیں۔ (نیز ملاحظہ ہو تعامل بول، حصاۃ کلوی کا علاج اور نقرس)۔

یورک ایسڈ ترشئی بول میں مرتسب ہوتا ہے، جس کا pH ۵،۷ اور اس سے نیچے ہو۔ اُس کا جماؤ قلیل المقدار ہوتا ہے، اور تتیا مرچ کے مانند نظر آتا ہے۔ خوردبین کے نیچے اس کی قلمیں خود کو تکلہ نما یا مُعیّن کے شکل کی قلموں میں ظاہر کرتی ہیں، جن کے سرے تیز اور پہلو گول ہوتے ہیں۔ یا نسبتہً چھوٹی اور زیادہ موٹی قلموں کی شکل میں، جن کے سرے کُند ہوتے ہیں اور جو زیادہ برمیل نما ہوتی ہیں۔ لیکن عموماً معیّن کی شکل کی کسی نہ کسی ترمیم کی صورت میں۔ وہ اکثر اوقات متشعع جھنڈوں یا ستارے نما تودوں کی شکل میں گروہ بند ہوتی ہیں۔

یوریٹس (urates) عموماً ایک بے شکل گاڑھی گلابی یا سرخ ثفل کے طور پر تہ نشیں ہوتے ہیں (مرادۃً خشت = brick-dust یا خشت براوی = lateritious)۔ اُن کا جماؤ اسبابِ ذیل کی وجہ سے ہوتا ہے:- (۱) پیشاب کا سرد ہو جانا، کیونکہ وہ

جسمانی تپش پر خوب حل پذیر ہوتے ہیں، اور ۵۰ تا ۶۰ درجہ فارن ہائیٹ پر نسبتہً بہت کم حل پذیر ہوتے ہیں۔ اور (۲) بول کا ارتکاز خفیف سی حرارت اِس جماؤ کو فوراً حل کردیگی۔ اور اگر اس بول کا امتحان البیوُمین کے لئے کیا جارہا ہے، تو البیوُمین کا ظاہر ہونا شروع ہونے سے پیشتر ہی یوریٹس حل ہوجاتے ہیں اور اُس سیال کو صاف بنادیتے ہیں۔ (۳) پیشاب کی ترشگی بھی یوریٹس کی تہ نشینی میں ممد ہوتی ہے۔ اور بعض پیشابوں میں البیوُمین کے لئے امتحان کرنے سے پیشتر ایسیٹک ایسڈ شامل کردیا جائے تو یوریٹس کا ایک رسوب بنجائے گا، جو گرم کرنے پر پھر حل ہوجائیگا۔

صبغاتِ بول (urinary pigments) ۔ بول کا رنگ صحت اور مرض، دونوں حالتوں میں مختلف ہوتا ہے۔ حالتِ صحت میں اسیقدر کافی ہے کہ کم کثافتِ نوعی کے پھیکے رنگ کے قاروروں، طبعی رنگ رکھنے والے قاروروں اور بلند کثافتِ نوعی والے گہرے رنگ کے قاروروں کے درمیان فرق کیا جائے۔ لیکن حالتِ مرض میں ہمیں اِس کے علاوہ جو چیزیں دیکھنی چاہئیں وہ سُرخ، سرخی مائل بھورے، اور بھورے سیاہ رنگ کی مختلف چھائیں ہیں جو خون، یوروبائلین، یا صبغہ صفرا کی آمیزش سے پیدا ہوجاتی ہیں، اور وہ غیر شفاف سپید رنگ جو کیلوس بولیت (chyluria) میں ہوا کرتا ہے۔

بول میں کئی صبغات ہوتے ہیں۔ غالباً بول کا رنگ، جیسا کہ اے۔ ای۔ گیرڈ (A. E. Garrod) نے تبلادیا ہے، خاصکر ایک معرا از حدید صبغہ کی وجہ سے ہوتا ہے، جس کا نام یوروکروم (uro-chrome) ہے۔ یہ صبغہ طیف کے بنفشئی سرے کو دھندلا کردیتا ہے لیکن انجذابی دھاریاں نہیں پیدا کرتا۔ یوروبائلین (urobilin) طبعی بول کے اندر محض خفیف مقداروں میں موجود ہوتی ہے، یعنے ۲۴ گھنٹوں میں ۱ تا ۲ گرین۔ وہ ایک معین طیف پیدا کرتی ہے جسمیں خطِ فراؤین ہوفرِ (Frauenhofer's line F) کے مقام پر، یعنے سبز اور نیلے رنگ کے درمیان، ایک انجذابی دھاری ہوتی ہے۔ اُس کی موجودگی کی شناخت کا کیمیائی طریقہ یہ ہے کہ امونیا کے محلول سے بول کو قوی طور پر قلوی بنائیں، چھان لیں، اور پھر اگر زنک کلورائڈ کے ۱۰ فیصدی آبی یا الکحلی محلول کے چند قطرے شامل کردیں تو یوروبائلین موجود ہونے کی حالت میں ایک سبز ترنہر پیدا ہوجائیگا۔

یوروبائلین غالباً آنت سے جذب ہوتی ہے، جہاں وہ ابتداءً بائلی روبین (bilirubin) سے اخذ ہوتی ہے۔ حمیات، جگر کے بعض امراض، فشل قلب اور وافر دم پاشیدگی [مثلاً متلف عدم دمویت میں اور بے صفرا بولی یرقان (acholuric jaundice) میں] میں، نیز وعا بدرشدہ خون کے انجذاب کے دوران میں یوروبائلین زیادہ ہوجاتی ہے۔ یوروبائلین اسوقت کم ہوجاتی ہے جبکہ صفرا کے بننے میں رکاوٹ ہوگئی ہو (تسمم فاسفورس، حاد اصفرار بول) یا جب صفراوی قنات مسدود (occluded) ہوگئی ہو۔

ہیماٹو پارفیرین (hæmatoporphyrin) ہیموگلوبین سے اخذ ہوتی ہے۔ وہ صحت اور مرض، دونوں حالتوں میں خفیف مقداروں میں ہوا کرتی ہے، لیکن رثیمی تپ (rheumatic fever) اور بعض دوسری خرابیوں میں اُس کی زیادہ افراط ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ وہ بول کے گونا میں کوئی محسوس فرق نہ پیدا کرے، اور اگرچہ وہ بعض سیاہ سرخ بولوں میں، جو سلفونل (sulphonal) کے استعمال کے بعد خارج ہوتے ہیں، زیادہ مقدار میں موجود ہوتی ہے، تاہم اِن کا سیاہ رنگ بالخصوص دوسرے صبغات کی وجہ سے ہوتا ہے۔ تحوّل کا ایک شاذ خلقی نقص بھی ہوتا ہے، جس میں ہیماٹو پارفیرن بول کے اندر خارج ہوکر اُس کے رنگ کو یاقوتی سُرخ (ruby-red) بنا دیتی ہے۔ اِس حالت میں براز کے اندر پارفیرنس (porphyrins) موجود ہوتی ہیں، اور جلد روشنی کے لئے بہت حساس ہوتی ہے، جس سے صیفی تفقع (hydroa æstivale) کا ایک آبلہ نما توران پیدا ہوجاتا ہے (2)۔ یوروایرتھرین (uroerythrin) ایک دوسرا صبغہ ہے جس سے گلابی یوریٹس اپنا رنگ حاصل کرتے ہیں۔ چنانچہ یورک ایسڈ کے جماؤ یوروکروم سے رنگین ہوجاتے ہیں، اور بعض اوقات یوروایرتھرین سے بھی (Garrod)۔

بول کے اندر لون ساز (chromogens) بھی موجود ہوسکتے ہیں، یعنے ایسے اجسام جو فی الوقت بول کو رنگین نہیں بناتے، لیکن یا تو بول کے رکھے رہنے پر، یا اُسمیں تکسید واقع کرنے والے عاملات شامل کرنے پر، رنگ پیدا کردیتے ہیں۔ حسب ذیل اجسام لون ساز معلوم ہیں:- (۱) یوروبائلن کا لون ساز یعنے یوروبائلنوجن (urobilinogen)، جس کی موجودگی حموی بول کے اندر نائٹرک ایسڈ ملانے سے ظاہر ہوجاتی ہے۔ (۲) ایک ایسا لون ساز، جو بعض اوقات عدم دمویت کے بول

میں ملتا ہے، اور وہ گو خارج ہونے پر بالکل پھیکے رنگ کا ہوتا ہے، تاہم نائٹرک ایسڈ ملانے سے ایک گہرا سُرخ رنگ پیدا کر دیتا ہے۔ (۳) میلانین (melanin) کا لون ساز، ایک سیاہ صبغہ ہے جو میلاناٹک لحمی سلعہ (melanatic sarcoma) کے مریضوں کے بول میں (اگرچہ یہ بول جب خارج ہوتا ہے تو بالکل صاف ہوتا ہے) تکشف کے بعد یا نائٹرک ایسڈ ملانے سے نمودار ہو جاتا ہے (۴) اِنڈیکن (indican)، یا پوٹاسیم اِنڈاکسل سلفیٹ (potassium indoxyl-sulphate)، جو اِنڈیگو بلیو (indigo-blue) کا لون ساز ہے۔ یہ معوی کنال میں اُس اِنڈال (indol) کے جذب ہونے کا نتیجہ ہے، جو پروٹیڈز کی جراثیمی تحلیل سے پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ طبعی قارورے کے اندر نہایت خفیف حد تک موجود ہوتا ہے۔ لیکن اُن تمام اصابتوں میں بہت بڑھ جاتا ہے، جن سے معوی مافیہا کا احتباس پیدا ہو جائے۔ ہائڈروکلورک ایسڈ کی مساوی مقدار شامل کرکے اور پھر کیلسیم ہائپوکلورائٹ (calcium hypochlorite) کے سیر شدہ محلول کے چند قطرے ملانے سے اُس کی موجودگی شناخت کی جا سکتی ہے۔ اسطرح سے اِنڈگو بنجاتا ہے اور اُس آمیزہ کو نیلے یا بنفشئی رنگ کا بنا دیتا ہے۔ وہ کلوروفارم کے ساتھ ہلانے سے جدا کیا جا سکتا ہے، جبکہ کلوروفارم امتحانی نلی کی تہ میں ایک نیلا طبقہ بنا دیتا ہے۔ بعض اوقات صرف نائٹرک ایسڈ کے شامل کرنے سے، ایک نیلا، بنفشئی، یا سیاہی مائل رنگ پیدا ہو جاتا ہے، جو کہ اِنڈگو کے پیدا ہونے کا نتیجہ ہوتا ہے۔

اَلکیپٹن بولیت (alkaptonuria) میں بول جب خارج ہوتا ہے تو اُس کا رنگ قدرتی ہوتا ہے، لیکن تکشف کے بعد سیاہ ہو جاتا ہے، گرم کرنے پر قلویات سے بہ سرعت سیاہ ہو جاتا ہے، فیرک کلورائڈ کے مُرقق محلول سے گہرا نیلا بنجاتا ہے، اور اُس میں ہوموجینیٹی سِک ایسڈ (homogenetisic acid) اور بعض اوقات یورولیُوسِک ایسڈ (uroleucic acid) موجود پائے جاتے ہیں۔ یہ حالت شاذ ہوتی ہے، لیکن بہت سی اصابتوں میں یہ پیدائشی ہوتی ہے، اور اُسی خاندان کے دو یا زیادہ ارکان میں، اور خون کا رشتہ رکھنے والے والدین کے بچوں میں واقع ہوتی ہے۔ اِس سے کوئی علامات نہیں پیدا ہوتے (ملاحظہ ہو مرض اصفر=Ochronosis)۔

بہت سے دوائی اور دوسرے کیمیائی اشیا بول کو رنگین بنا دیتے یا اُن کاشفات کے ساتھ جو دوسرے اغراض سے استعمال کئے جاتے ہیں، لونی تعاملات ظاہر کرتے ہیں۔ ریوند چینی (rhubarb)، جس میں کرائسوفینک ایسڈ (chrysophanic acid) موجود ہوتا ہے، بول کو نسبتہً زیادہ گہرا زرد بنا دیتی ہے، اور سینٹونین (santonin) بھی یہی کرتی ہے۔ قلی ملانے سے یہ بول سرخ ہو جائینگے۔ لاگ۔ وُڈ (logwood) بول میں ایک سرخی مائل جھلک پیدا کر دیتا ہے۔ کاربولک ایسڈ خواہ یہ داخلی طور پر لیا گیا ہو یا کاربولکی کسوتوں (carbolic dressings) سے جذب ہو گیا ہو، پائروکیٹیچین (pyrocatechin) اور ہائڈروکینون (hydroquinone) کی موجودگی کے باعث، بول کو تکشف ہونے کے بعد گہرا بھورا یا سبزی مائل سیاہ بنا دیتا ہے اگرچہ بول جب خارج ہوتا ہے تو صاف ہوتا ہے۔ کریاسوٹ (creasote) کا اثر بھی ممکن ہے کہ یہی ہو۔ میتھلین بلیو (methylene blue) کے داخلی استعمال سے بول نیلے رنگ کا، اور اگر اُس کی کم مقدار لی گئی ہو تو سبز رنگ کا ہو جاتا ہے۔ ایوسین (eosin) سے، جو کھلونوں یا مٹھائیوں کو رنگنے کے کام میں لائی جاتی ہے، بچوں کے پیشاب کا رنگ شوخ سرخ ہو گیا ہے۔ اگر پوٹاسیم آیوڈائڈ (potassium iodide) یا پوٹاسیم برومائڈ (potassium bromide) لیا جا رہا ہے تو ممکن ہے کہ بول کا رنگ نائٹرک ایسڈ شامل کرنے پر آزاد آیوڈین یا برومین کی رہائی کی وجہ سے گہرا یا سیاہ ہو جائے۔ کلوروفارم کے ہمراہ ہلانے سے آیوڈین یا برومین جدا کی جا سکتی ہے۔

البیومین بولیت

(albuminuria)

البیومین بولیت کی اصطلاح قارورے میں عموماً سیرم البیومین (serum albumin) اور گلابیولین (globulin) دونوں کی موجودگی کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے۔ سیرم گلابیولین چربیتی مرض (lardaceous disease) کے بول میں اکثر معمول سے زائد ہوتی ہے، اور بول کو آب کشیدہ کے ایک بڑے حجم کے اندر ڈال دینے سے (جبکہ گلابیولین مرسب ہو جاتی ہے)، یا تعدیلی بول کو میگنیشیم

سلفیٹ سے سیر شدہ کر دینے سے اس کو شناخت کیا جا سکتا ہے ۔ اس کے برعکس سنجیتی التہابِ گردہ (parenchymatous nephritis) میں بول کے اندر کی گلابیولین البیوٌمین کے مقابلہ میں بہت کم ہو جاتی ہے اور اِن دونوں کی نسبت ۱ اور ۶ کی ہوتی ہے ۔ وظیفی البیوٌمین بولیت کی اصابتوں میں یہ نسبت ۱ اور ۲ کی ہوتی ہے ۔

البیوٌمین بولیت مختلف طریقوں سے شناخت کی جا سکتی ہے :۔

حرارت ۔ اگر صاف بول کو جس میں البیوٌمین موجود ہو ایک امتحانی نلی کے اندر گرم کیا جائے تو وہ اِس شے کی ترویب کے باعث غیر شفاف ہو جائیگا ۔ اُسکی مقدار کے لحاظ سے یہ محض ایک دودھیا پن، یا ایک قطعی تکدر، یا ایک گاڑھا ملائی جیسا جماؤ ہو گا ۔ اِس کا شنفہ کرنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ امتحانی نلی کو اُس کے طول کے نصف یا دو ثلث حصے تک بھر کر پھر چند قطرے مرقق ایسیٹک ایسڈ کے شامل کر دئے جائیں، اور نلی کو اُس کے نیچے کے سرے سے پکڑ کر بول کے بالائی حصے کو گرم کیا جائے ۔ اِسطرح کرنے سے حرارت بول کے اُسی حصے میں محدود رہتی ہے، اور اس کی صفائی میں جب کوئی خفیف سی تبدیلی واقع ہوتی ہے تو وہ نیچے والے ٹھنڈے بول کے ساتھ مقابلہ کرنے پر شناخت کی جا سکتی ہے ۔

بعض ماسبق احتیاطیں ضروری ہیں ۔ اولاً ممکن ہے کہ حرارت اُن اشیاء کی ترسیب بھی کر دے جو البیوٌمین نہیں ہیں، مثلاً فاسفیٹس کی لیکن یہ نائٹرک ایسڈ یا ایسیٹک ایسڈ کے ایک قطرے سے فی الفور حل ہو جاتے ہیں دوئم ممکن ہے کہ البیوٌمین موجود ہو تاہم حرارت اُس کی ترسیب کرنے میں ناکام رہے ۔ یہ اُسوقت ہوتا ہے جبکہ بول کافی طور پر ترشئی نہو، اور سیرم البیوٌمین القلی البیوٌمین (alkali albumin) میں متغیر ہو گیا ہو جو حرارت سے مرسوب نہیں ہوتا ۔ اِس مغالطہ سے بچنے کے لئے بول کو اُبالنے کے بعد اُس میں ایسیٹک ایسڈ شامل کر دینا چاہیئے تاکہ وہ ترشئی ہو جائے ۔ بہر کیف یہ ضروری ہے کہ یہ تجربہ ایک صاف بول پر عمل میں لایا جائے : اگر وہ یوریٹس کی وجہ سے مکدر ہے تو ہلکی حرارت اُسے صاف بنا دیگی ۔ اگر وہ فاسفیٹس کی وجہ سے مکدر ہے تو ایسیٹک ایسڈ کے دو ایک قطرے شامل کر دئے جائیں ۔ اور اگر کسی اور جماؤ کی وجہ سے مکدر ہے تو بول کی تقطیر کر لینا چاہیئے ۔

نائٹرک ایسڈ (nitric acid)- اِس کا شفہ کے اِطلاق کا بہترین
یہ ہے کہ ایک امتحانی نلی کی تہ میں قدرے نائٹرک ایسڈ رکھکر نلی کی جانب کے برا
مشتبہ بول کو نہایت آہستہ آہستہ نیچے کی طرف بہایا جائے تاکہ وہ ترشہ کی سط
آجائے لیکن اُس کے ساتھ مخلوط نہونے پائے۔ ترشہ اور بول کے خطِ اتصال پر البو
کی ایک تہ بنجاتی ہے، جو وافر البیُومین موجود ہونے کی حالت میں سپید رنگ کی
ہے، اور اگر البیُومین نہایت کم مقدار میں ہے تو اِس کا محض ایک پتلا سا ر
قرص ہوتا ہے۔ اول الذکر حالت میں وہ فوراً بنجاتی ہے۔ آخرالذکر صورت میں ممکن
اُس کے بننے مین کئی سیکنڈ، یا دو تین منٹ، بلکہ آدھا گھنٹہ لگ جائے۔

اِس کا شفہ سے متعلق صرف چند ہی مغالطات ہیں۔ اولاً، اُس بول
جس میں حد سے زیادہ یوریٹس موجود ہوں، یہ یوریٹس بعض اوقات ایک
دھندلے پن کے طور پر مرسوب ہوجاتے ہیں، لیکن وہ بجائے اِس کے کہ عین نا
ایسڈ کے اوپر واقع ہوں۔ اس سے کچھ فاصلہ اوپر کو واقع ہوتے ہیں۔ خفیف
حرارت لگانے سے یہ ابر یا دھندلا پن فوراً حل ہوجائیگا۔ دوئم، نیوکلیو پر
(میُوسین =mucin) بھی اِس وضع میں ایک دھندلے پن کے طور پر مرسوب ہو
سوئم، جو اشخاص کوپَیبا (copaiba) داخلی طور پر لے رہے ہوں، اُن کے بول میں
رال صفت تُرشہ، یعنے کوپَیوک ایسڈ (copaivic acid)، اساسوں کے ساتھ
موجود ہوتا ہے۔ اگر اِس میں نائٹرک ایسڈ ملا دیا جائے تو یہ رال صفت جسم تہ نشین
ہوجاتا ہے، عموماً ایک ابر کے طور پر جو بول کے اندر یکساں طور پر پھیلا ہوا ہوتا ہے۔
یہ رسوب بھی حرارت سے حل ہوجاتا ہے۔ چہارم، نائٹرک ایسڈ کے ملانے سے
عرصے بعد، جب کہ آمیزہ ٹھنڈا ہوجائے، ایک قلمی جماؤ نائٹریٹ آف یوریا (nitrate
of urea) کا پیدا ہوسکتا ہے۔ لیکن یہ البیُومین سے کوئی مشابہت نہیں رکھتا،
یہ ورقچہ دار قلموں سے بنتا ہے، جو مختلف سمتوں میں تشعشع ہوتی ہیں۔ نائٹرک
البیُوموزیس (albumoses) کی بھی ترسیب کر دیتا ہے، جو حرارت سے دوبارہ
ہوجاتے ہیں۔

پکرِک ایسڈ (picric acid)۔ ایک امتحانی نلی کو بول سے نصف سے زا

بھر لینا چاہئے، اور اُس پر پکرک ایسڈ کا ایک سیر شدہ محلول (جس کی کثافت نوعی پست ہوتی ہے) اِس ترکیب سے ڈالا جائے کہ دونوں مایعات حتی الامکان مخلوط نہ ہونے پائیں اِن کے خطِ اتصال پر ایک نازک سپید لکیر، یا ایک نسبتہً دبیز تر سپید اَبر فوراً بنجاتا ہے، اور اگر یہ البیُومین ہے تو حرارت سے حل نہیں ہوتا۔ البیُومین کے علاوہ، پکرک ایسڈ یوریٹس، الکلائیڈز (alkaloids) اور البیُوموزیس کو بھی مرسوب کر دیتا ہے۔ کہتے ہیں کہ بول کو گرم کرنے سے یہ سب فوراً غائب ہوجاتے ہیں۔ کوُنین (quinine) واحد الکلائیڈ ہے جو اتنی کافی مقدار میں لیا جاسکتا ہے کہ پکرک ایسڈ سے اُس کی ترسیب واقع ہوسکے۔ نیوکلیُو پروٹین بھی پکرک ایسڈ سے مرسوب ہوجاتا ہے اور حرارت سے حل نہیں ہوتا۔ اگر پکرک ایسڈ سے رسوب نہ پیدا ہو تو البیُومین یقیناً غیر موجود ہے۔

سیلی سِل سلفانک ایسڈ (salicyl-sulphonic acid)۔ اِس تُرشہ کا سیر شدہ محلول البیُومین کے لئے ایک نازک کاشفہ ہے: اِسے ایک امتحانی نلی کے اندر صاف بول میں ملا دینے سے البیُومین کا ایک دودھیا اَبر تہ نشین ہوجاتا ہے۔ یہ ان نتائج کی تصدیق کے لئے کارآمد ہے جو کہ حرارت کے کاشفہ سے حاصل ہوتے ہیں۔ البیُوموزیس بھی مرسوب ہوجاتے ہیں۔

البیُومین کے کمّی امتحانات حسب ذیل ہیں:-

ایسباک کا امتحان (Esbach's test)۔ یہ طریقہ آسان ہے لیکن غیر یقینی اور غیر صحیح ہے۔ ایک حصہ پکرک ایسڈ اور دو حصے ہوا کے ذریعہ خشک کئے ہوئے سائٹرک ایسڈ کو ۱۰۰ حصے پانی میں ملا کر ایک امتحانی محلول تیار کر لیا جاتا ہے۔ ۶ تا ۸ انچہ طول اور ½ انچہ قطر والی ایک درجہ دار نلی ایک خاص لیول (½ ۲ انچہ) تک بول سے بھر لی جاتی ہے اور پھر ایک خاص فاصلہ (½ ۱ انچہ) تک پکرک کے محلول سے۔ مرسوب شدہ البیُومین کو چوبیس گھنٹے تک تہ نشین ہونے دیا جاتا ہے، اور نلی کے اوپر جو نشانات ہوتے ہیں اُن سے البیُومین کی وہ مقدار ظاہر ہوتی ہے جو بول کے ۱۰۰۰ حصوں میں موجود ہوتی ہے، یعنے اُتنے گرام فی لیٹر۔

کیرج (Kerridge) **کا کاشفہ**۔ یہ بہترین سریری طریقہ ہے، اور اس کا عام استعمال ہونا چاہئے۔ پیشاب (یا دماغی نخاعی سیال) کا ایک سی سی لیکر اس کو

ایک چھوٹی سی معیاری امتحانی نلی میں کاربن کی تعلیق کے ۱ ؍سی سی کے ہمراہ اور پھر ٹرائی کلورایسٹک ایسڈ (trichloracetic acid) کے ۱؍سی سی کے ہمراہ ہلایاجاتا ہے۔ اس کے رنگ کا مقابلہ معیاری نلیوں کے ساتھ کیا جاتا ہے (6)۔

اَلبیُومین بولیت کے اسباب ۔ مرضِ برائٹ میں بول کے اندر البیُومین کیوں ظاہر ہوجاتا ہے، اِس امر پر غور کرتے وقت ہمیں یاد رکھنا چاہئیے کہ البیُومین بولیت کا وقوع التہاب گردہ کی اصابتوں تک ہی محدود نہیں، بلکہ وہ دوسری کئی قسم کی خرابیوں کے ساتھ بھی واقع ہوجاتی ہے ۔ ذیل میں وہ مختلف حالتیں مندرج ہیں جن میں البیُومین بولیت مشاہدہ میں آئی ہے :۔

(۱) گردہ میں پیدا ہونے والی حالتیں :۔

۱ ۔ مرضِ برائٹ اور اُس کے اقسام، جنکی تفصیل آگے درج ہے۔ حاد حمیّات ۔

۲ ۔ التہابِ کلیہ و حوض الکلیہ (pyelonephritis)، معجصاتی التہابِ کلیہ و حوض الکلیہ کے ۔ اور سروحی التہابِ گردہ ۔

۳ ۔ تدرنی گردہ (tuberculous kidney)۔

۴ ۔ چربشی مرض (lardaceous disease) ۔

۵ ۔ قلب اور شش کے امراض میں وریدی تسدد، اور دورانِ خون کے مقامی اختلالات ۔

۶ ۔ دُویری مرض (cystic disease)۔

۷ ۔ نوبالیدیں، معہ بعض دمویت کے اورطفیلیات (parasites)

۸ ۔ استسقاء الکلیہ (hydronephrosis) اور حالبین کا عارضی تسدد ۔ حمل ۔

۹ ۔ وظیفی البیُومین بولیت ۔

۱۰ ۔ خون میں غریب پروٹینز کی موجودگی، اور بینس جونس کی البیُومُوز بولیت (Bence Jones albumosuria)۔

(۲) گردے سے نیچے کی بولی رہگذروں میں پیدا ہونے والی حالتیں ۔

51

۱- حوض گردہ اور حالبین کا مرض -

۲- التہاب مثانہ -

اِس آخری گروہ میں البیومین بولیت ہمیشہ خفیف ہوتی ہے، کیونکہ وہ یا تو اُس پیپ کا محض ایک جزو ہوتی ہے جو ایک متقرح طبقاتی غشائے مخاطی سے براہ راست خارج ہوتی ہے، یا وہ خون ہوتی ہے جو عروق کے انشقاق سے پیدا ہو جائے، جیسے کہ حصات یا سنگ کی حالت میں -

بول کے دوسرے پروٹینز - نیوکلیوپروٹین یوگلوبیولین (euglobulin)- اگر ٹھنڈے، اور بالخصوص مرقق کئے ہوئے بول میں ایسیٹک ایسڈ کے چند قطرے ملا دئے جائیں تو ممکن ہے کہ ایک رسوب بنجائے، جسے ایک وقت میں میوسین (mucin) سمجھا جاتا تھا، لیکن نسبتہً حال ہی میں اسے کلوی خلیوں سے اخذ شدہ نیوکلیوپروٹین سمجھا گیا ہے - مورنر (Mörner) ایسے رسوب بول کے متعلق یہ سمجھتا ہے کہ وہ کانڈرائیٹین سلفیوُرک ایسڈ (chondroitin-sulphuric acid)، کے ساتھ، نیوکلیک ایسڈ (nucleic acid) کے ساتھ، اور یرقان کی حالت میں ٹاروکالک ایسڈ (taurocholic acid) کے ساتھ سیرم البیومین کے مرکبات ہیں - اِس کے برعکس یہ یوگلابیولین اور فائبرنوجن (fibrinogen) کا آمیزہ بھی سمجھے گئے ہیں (Oswald)- خواہ یہ شے یوگلابیولین ہو یا اور کچھ ثابت ہو جائے، اس کی عملی اہمیت یہ ہے کہ ممکن ہے کہ یہ وہی شے ہو جو نوعمر اشخاص میں وظیفی البیومین بولیت پیدا کر دیتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 551)- یہ عام طور پر تسلیم کر لیا گیا ہے کہ اِس کی زیادہ مقدار میں موجودگی ایک اصابت کو حقیقی التہابِ گردہ کے زمرہ سے متعین طور پر خارج کر دیتی ہے، لہٰذا اِنذار اچھا ہوتا ہے -

بول کے اندر قوی پراوٹیوزس (proteoses) دمہ اور دوسری حساسیتی حالتوں (allergic conditions) میں (جو ملاحظہ ہوں)، اور تدرن، انفلوئنزا اور تمام نہ سہی غالباً بیشتر ساری حموی حالتوں میں واقع ہوتے ہیں - اِس امر کا ثبوت حاصل ہو گیا ہے کہ جلدی تعاملات (skin reactions) کے ذریعہ سے مرضیٰ خود اپنے پروٹیوز کی حساسیت حاصل کر لیتے ہیں - پروٹیوز کی شناخت کے لئے بول کو ۲۵ فیصدی سلفیورک ایسڈ کے چند قطروں سے ترشئی بنا کو اُس کے حجم کے پاؤ ایتھر

کے ساتھ ہلایا جاتا ہے، جس سے ایتھر کی تہ غیر شفاف اور لزج ہو جاتی ہے (4)۔

بینس جونس کا پروٹین (Bence Jones protein) لبّ استخواں کے متعدد لبتی سلعہ (نخاع مرضی البیوموس بولیت = myelopathic albumosuria) میں اور بعض اوقات لبّ زاد مبیض دمویت (myelogenous leukæmia) میں واقع ہوتا ہے، اور اس کی ترویب اس سے کم درجہ کی تپش پر ہو جاتی ہے کہ جس پر البیومن کی ہوتی ہے، یعنی ۵۸ درجہ سینٹی گریڈ (۱۳۶ درجہ فارن ہائٹ) پر بجائے اس کے کہ ۷۵ درجہ سینٹی گریڈ (۱۶۷ درجہ فارن ہائٹ) پر ہو، اور جب تپش کو اُبال آنے تک بڑھایا جاتا ہے تو یہ روبہ پھر تحلیل ہو جاتا ہے۔ امونیم سلفیٹ کا سیر شدہ محلول اُسے مرسوب کر دیتا ہے۔ قوی ہائڈروکلورک اور نائٹرک ایسڈ ایک وافر رسوب کو تہ نشین کر دیتا ہے، جو صرف ترشہ کی نہایت کثیر مقدار میں حل ہو جاتا ہے، لیکن اُبالنے سے حل پذیر ہوتا ہے۔ جب ترشہ کی سطح پر بول کو تیرا دیا جائے، تو اس پروٹین کی تھوڑی مقدار جو فی ہزار ۵ د۔ کے برابر ہو، سیالات کے مقامِ اتصال پر ایک سپید حلقہ پیدا کر دیگی (براڈشا کا امتحان)۔

پپٹونس (peptones) بول کے اندر بالکل نہیں ہوتے یا شاذ ہوتے ہیں۔ اُن سے بائی یورٹ تعامل (biuret reaction) حاصل ہوتا ہے، یعنے جب بول کو ایک امتحانی نلی کے اندر محلولِ فیہلنگ کی تھوڑی سی مقدار پر تیرایا جائے تو ایک ہلکا سرخ یا گلابی رنگ نمودار ہو جاتا ہے، لیکن پپٹونس نائٹرک ایسڈ سے مرسوب نہیں ہوتے، اور نہ سیال کو امونیم سلفیٹ سے سیر شدہ کرنے سے، جس سے دوسرے پروٹینز مرسوب ہو جاتے ہیں۔ یہ اور دوسرے ملحات پروٹینز کو جدا کرنے کے لئے استعمال کئے جا سکتے ہیں، کیونکہ امونیم سلفیٹ، بجز پپٹونس کے، تمام پروٹینز کو مرسوب کر دیتا ہے، سوڈیم میگنیسیم سلفیٹ سیرم البیومن کو مرسوب کرتا ہے، اور میگنیسیم سلفیٹ سیرم گلوبیولین کو تہ نشین کرتا ہے۔

دم بولیت

(hæmaturia)

قارورے کے اندر خون صریحاً بڑی مقداروں میں، اور نھکے بناتا ہوا ہوتا ہے، 5]

یا اتنی کافی مقدار میں موجود ہوتا ہے کہ جس سے بول کا رنگ تیز سرخ ہو جائے۔ جب نسبتہً کم موجود ہوتا ہے تو میٹ ہیموگلوبین (methæmoglobin) یا ہیماٹین (hæmatin) کی موجودگی کے باعث بول کا رنگ اکثر مٹیالا بھورا اور مکدر دُھندلا ہوتا ہے۔ عموماً اسکے ساتھ ایک ذراتی سرخی مائل بھورا ثُفل ہوتا ہے۔ البتہ یہ فراموش نہیں کرنا چاہئیے کہ اصلی خون کی موجودگی کے بغیر بھی بول کا رنگ ہیموگلوبین کی وجہ سے اور کوئی دوسرے صبغات یا اَلوان سے سرخ ہوسکتا ہے (ملاحظہ ہوں صفحات 444، 510)۔ خون کی موجودگی کی تعیین کئی طریقوں سے ہوسکتی ہے۔

خوردبین - اِس کے ذریعہ سے ہم خون کے سُرخ خلیتوں کو اُن اصابتوں میں بھی شناخت کرسکتے ہیں، جن میں بول کے رنگ پر سے یہ شبہ نہیں ہوتا کہ خون موجود ہے۔ اگر بول واضح طور پر سرخ، یا بھورا اور مکدر ہے تو اُس میں اقراصِ دمویہ بکثرت موجود ہونگے۔ ممکن ہے کہ بول کے اندر آویزاں ہونے کے باعث وہ اپنی مقعر الطرفین شکل کھو چکے ہوں، اور وہ اکثر سکڑے سکڑے ہوتے ہیں اور اُن کی کوریں کنگرے دار ہوتی ہیں، یا ممکن ہے کہ اُن کے جرم کے بروزات موجود ہوں۔

طیف نما - آکسی ہیموگلوبین موجود رکھنے والے بول کا طیف زرد اور سبز حصوں میں فرآڈہین کے D اور E خطوں کے درمیان دو انجذابی دھاریاں ظاہر کرتا ہے، اور ان میں سے نسبتہً تنگ سیاہ تر اور زیادہ واضح دھاری D سے زیادہ قریب ہوتی ہے۔ میٹ ہیموگلوبین تین انجذابی دھاریاں ظاہر کرتی ہے، جن میں سے دو تو تقریباً بالکل اُسی محل پر ہوتی ہیں کہ جہاں آکسی ہیموگلوبین کی ہوتی ہیں، اور تیسری دھاری C اور D کے ٹھیک بیچوں بیچ۔ ایسڈ ہماٹین E اور F کے درمیان ایک چوتھی انجذابی دھاری ظاہر کرتی ہے۔

گوایا کم کا کاشفہ (Guaiacum test)- ایک امتحانی نلی کے اندر بول میں ٹنچر آف گوایا کم کے چند قطرے ملاکر پھر اُس میں تقریباً ½ ڈرام اوزونک ایتھر (ozonic ether) یا اوزونک الکحل (ozonic alcohol) شامل کردو، جن میں ہائیڈروجن پرآکسائڈ (hydrogen peroxide) موجود ہوتا ہے۔ خون کی مقدار کے لحاظ سے جلد یا دیر سے سیالات کے مقام اتصال پر ایک نیلا رنگ پیدا ہو کر سطح پر تیرنے والے ایتھر میں

نفسئی ہو جاتا ہے۔ آمیزہ کو آہستہ سے ہلانے سے یہ رنگ جلد تر نمودار ہو جاتا ہے۔ یہ امتحان مطلق طور پر اعتماد کے قابل نہیں۔ پوٹاسیئم آیوڈائڈ لینے والے مریضوں کا بول بھی ایک نیلا رنگ ظاہر کریگا، لیکن تا وقتیکہ آیوڈائڈ نہایت بڑی مقداروں میں نہ لیا جا رہا ہو یہ رنگ صرف آہستہ آہستہ ظاہر ہوتا ہے۔

وافر دم بولیت کے اسباب - سہولت کی غرض سے اِن اسباب کی تقسیم حسب ذیل طریقہ سے کی جا سکتی ہے:- (۱) جراحی اسباب، گو یہ طبی پہلو بھی رکھتے ہیں حصاۃ الکلیہ، تدرن خاطی کلوی شریان، بڑھا ہوا قدامیہ، مثانہ کا سلعہ حلیمیہ - (۲) طبی اسباب (سرسری طور پر تواتر کی ترتیب میں) :- حاد التہاب گردہ، اُنبوبی التہاب گردہ (tubal nephritis)، اور اوّلی اور ثانوی منقبض گردہ (contracted kidney)، ارتفاع الضغط (hyperpiesia) - مرض قلب مثلاً ساری التہاب درون قلبہ (infective endocarditis) اور مطرانی ضیق (mitral stenosis) معہ انفعام یا اِمتلاک - خطۂ بولی کی سرایت - پرپیورا (purpura)، عدمِ دمویت، کثرت خلیات احمر (polycythæmia) - ادویہ، مثلاً ہیگزامین (hexamine)، کاربولک لاسقات (carbolic applications)، اور ریوند چینی کی خراش - آگزلیٹ بولیت (oxaluria) اور بلہارزیت (bilharziasis)-

چونکہ گذشتہ زمانہ میں دم بولیت کے حقیقی سبب کی شناخت میں اکثر ناکامی رہی ہے، لہٰذا مجہول السبب دم بولیت (essential hæmaturia) یا نزف الکلیہ (nephrostaxis) کی اصطلاح اکثر استعمال کی گئی ہے، اور اب بھی کبھی کبھی کسی اصابت کو کسی سبب سے منسوب نہیں کیا جا سکتا۔ لیکن ایک غیر واضح امراضیات پر اڑے رہنے کی نسبت زیادہ دانشمندانہ اور آسان طریقہ یہی ہے کہ لاعلمی کا اقرار کر لیا جائے۔ اِس میں شک نہیں کہ بعض اصابتیں حوض کلیہ کے دقیق شامات (nævi) کے باعث ہوتی ہیں، اور خطۂ بولی کے پرپیورا (purpura) کی متعدد اصابتیں بیان کی گئی ہیں۔

تشخیص - اِس کی تعیین کے لئے کہ خون خطۂ بولی کے کس حصّے سے آرہا ہے، مثانہ بینی (cystoscopy) وغیرہ استعمال کرنا چاہئے۔ لیکن یہ یاد رکھنا مفید ہوگا کہ

مبالی نزف میں خون بالکل الگ خارج ہوتا ہے اور بول کے ساتھ ملا ہوا نہیں ہوتا ۔

سبائک
(casts)

یہ ٹھوس اجسام ہیں، جو بول کے اندر خردبین سے شناخت کئے جاتے ہیں اور
اگر کافی زیادہ مقدار میں ہوں تو ایک ثفل بنا دیتے ہیں جو خالی آنکھ سے بھی نظر آتا ہے۔
اگر یہ اتنے کم ہوں کہ آسانی سے نہ شناخت ہو سکیں، تو ممکن ہے کہ بول کا امخاض کرنے
کے بعد مل جائیں۔ یہ شکل میں اُسطوانی، اور عرض میں ۰.۰۱ سے لیکر ۰.۰۵ ملی میٹر تک
ہوتے ہیں۔ لیکن طول میں اور بھی زیادہ مختلف ہوتے ہیں، جو ا بلکہ ۲ ملی میٹر تک پہنچ
سکتا ہے، چنانچہ اِن کی لمبائی خردبین کے میدان میں ٹھیک ایک سرے سے دوسرے تک 4
پھیلی ہوئی ہوتی ہے، لیکن زیادہ اکثر وہ چوڑائی سے پانچ تا دس گنا ہوتی ہے۔ گردے
سے اِن کا تعلق اِس سے ثابت ہے کہ موت کے بعد یہ علی العموم عموماً اِتصالی اُنبیبات
میں پائے جاتے ہیں۔ غالباً یہ چنبر ہینلے (loop of Henle) میں بنتے ہیں، کیونکہ
اِس نالی کا درونہ دوسری جگہ کی نسبت بہت زیادہ تنگ ہوتا ہے، اور مادہ اُس کے
اندر سے بھنچ کر نکلتا ہے۔ اِن کے مندرجہ ذیل اقسام شناخت کئے گئے ہیں :۔

زجاجی سبائک (hyaline casts)۔ یہ شفاف بے رنگ اُسطوانے ہوتے ہیں، جن کے انعطافی خواص اُس سیّال کے خواص سے بہت مماثل ہوتے ہیں کہ جس میں وہ واقع ہوتے ہیں، لہٰذا تاوقتیکہ کارمین یا آیوڈین، یا اَنیلین صبغات میں سے کوئی ایک صبغہ (جیسے کہ جنشین وایولیٹ) شامل کرکے اِن کی تلوین نہ کر لی جائے، وہ بہت مشکل سے شناخت ہو سکتے ہیں۔ یہ متجانس، نرم، اور خم پذیر، سیدھے یا خمیدہ، اور طول میں مختلف ہوتے ہیں۔ کبھی کبھی دوسرے جماؤ ان کے ساتھ چپکے ہوئے، یا اِن میں مدفون ہوتے ہیں، جیسے کہ خون کے سُرخ جسیمات، سپید خلیے، سرحلمی خلیے، ذرّاتی تودے، شحمی ذرّاتی گولنچے، یوریٹس یا آگزیلیٹس کی قلمیں، یا ہیموٹائڈین کے ریزے۔

متذکرۂ ذیل سبائک کے بعض اقسام میں غالباً مماثل زجاجی مادہ اساس

کے طور پر موجود ہوتا ہے، جو اِس صورت میں دوسرے عناصر سے بالکل ڈھکا ہوا، یا اُن کے ساتھ مخلوط ہوتا ہے۔

زجاجی سبائک کو اکثر "فائبرینی" (fibrinous) کہا جاتا ہے، لیکن معلوم ہوتا ہے کہ یہ خالص فائبرین کے نہیں ہوتے۔ اغلباً یہ اُس البیومینی روبہ سے بنجاتے ہیں، جس کا عبر ارتشاح خون میں سے، متضرر سرحلمہ میں سے ہوکر ہوا ہے۔ زیادہ شاذ اصابتوں میں یہ اُنیبیبی سرحلمہ سے بنتے ہیں، جس میں زجاجی انحطاط واقع ہوگیا ہو۔

یہ التہابِ گردہ کے مختلف اشکال میں، اور مرضِ قلب کے پیدا کردہ امتلاء میں واقع ہوتے ہیں۔ یہ کلوی مبدا کی البیومین بولیت کے ساتھ تقریباً ہمیشہ واقع ہوتے ہیں، لیکن ممکن ہے کہ البیومین کے ظہور سے چند گھنٹے یا چند دن پہلے نودار ہوجائیں، اور اس کے غائب ہوجانے کے بعد کچھ عرصہ تک جاری رہیں۔

سرحلمی سبائک (epithelial casts)- یہ کلوی سرحلمہ کے خلیے ہوتے ہیں، جو اِس ترویب پذیر مادّے کے ذریعہ سے باہم مجتمع ہوتے ہیں جو کہ زجاجی سبائک بناتا ہے، یا وہ اس مادّے میں مدفون ہوتے ہیں۔ یہ سرحلمی خلیے کم و بیش ممیز ہوسکتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ ملتف اُنیبیب یا ہینلے کے چنبر سے آتے ہوں۔

ذرّاتی سبائک (granular casts)- یہ اسقدر شفاف نہیں جس قدر کہ زجاجی سبائک ہوتے ہیں، اور بعض اوقات گھسے ہوئے شیشہ جیسے اور بعض اوقات نسبتہً زیادہ سیاہ اور بہت زیادہ غیر شفاف ہوتے ہیں۔ یہ سرحلمی خلیوں کے انحطاط کی وجہ سے پیدا ہوجاتے ہیں، اور بہت سی مثالوں میں سبیکہ کے اندر سرحلمی خلیوں کے خاکے نظر آنا ممکن ہے۔

شحمی سبائک (fatty casts)- یہ یا تو زجاجی سبائک ہوتے ہیں، جن کے اندر چربی کے گلوبچے اور ذرّے مدفون ہوگئے ہوں جو شحمی انحطاط ظاہر کرنے والے سرحلمہ کی شکست و ریخت سے پیدا ہوتے ہیں، یا وہ خود دراصل ایسے ہی شحمی سرحلمی خلیوں سے بنتے ہیں۔ شحم آسا سبائک (lipoid casts) تقطیبی خُردبین (polarising microscope) سے معائنہ کرنے پر دُہرا انعطاف ظاہر کرتے ہیں۔

دموی سبائک (blood casts)- یہ اُس خون کی ترویب سے پیدا

ہو جاتے ہیں، جو کلوی اُنبیبات کے اندر مُنصَب ہوا ہے - یہ اپنے رنگ کی وجہ سے، اور اِن کو بنانے والے دموی جسیمات کی جسامت اور قریبی اجتماع کی وجہ سے بہ آسانی شناخت ہو جاتے ہیں - دم بولیت کی کسی اصابت میں اِن کی موجودگی یہ ثابت کرتی ہے کہ خود گُردے سے خون آیا ہے -

مومی سبائک (waxy casts) - یہ سبائک بڑے بڑے اور نہایت انعطافی ہوتے ہیں، اور بعض اوقات چربیشی مزمن (lardaceous disease) میں، نیز مرضِ برائٹ کی دوسری مزمن شکلوں میں پائے جاتے ہیں - وہ بُھر بُھرے ہوتے ہیں اور بتیا عدگی کے ساتھ ٹوٹتے ہیں، جس سے اُن کی شکل کسیقدر موم جیسی ہو جاتی ہے - اُن سے اکثر چربیشی مادّے کے تعاملات نہیں حاصل ہوتے، اور اُنکی نوعیت مشکوک ہے، لیکن یہ ممکن ہے کہ وہ ذراتی سبیکہ کا ایک مابعد درجہ ہوں -

اگرچہ بول میں ملنے والے سبائک کی نوعیت کسی حد تک گُردے کی حالت پر منحصر ہے، تاہم سبائک پر سے اُس حالت کے متعلق نتائج اخذ کرنے میں نا جائز عجلت سے کام نہیں لینا چاہیئے - اکثر اوقات اُسی بول میں دو یا زائد اقسام کے سبائک پائے جاتے ہیں، اور ہمیں ایک یا دوسری قسم کے غلبہ سے رہنمائی حاصل کرنی چاہیئے - زجاجی اور ذراتی سبائک التہاب گردہ کی ہر قسم میں ملتے ہیں، خواہ وہ حاد ہو یا مزمن - دموی سبائک اور سرعلمی سبائک حاد اصابتوں میں نہایت عام ہوتے ہیں - شحمی سبائک مزمن التہابِ گردہ کی اُن 5
اصابتوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہیں، جن میں شحمی انحطاط طاری ہو گیا ہو -

سپیدی خلوی سبائک (leucocyte casts) - یہ نام اُن سبائک کو دیا گیا ہے جن میں ریمی خلیئے مدفون ہوتے ہیں -

استوانہ نما جسم (cylindroids) یہ وہ بڑے بڑے زجاجی اجسام ہیں، جنکے سرے گاؤدم یا شاخدار ہوتے ہیں، خاکہ تموجی ہوتا ہے، اور جن میں طولی تخطط ہوتا ہے - غالباً یہ مخاطی دھاگے ہیں، جو نیوکلیئو پروٹیڈ کا غیر حل شدہ ماتقی ہیں، اور دراصل سبائک نہیں - یہ کوئی اہمیت نہیں رکھتے -

کلوی وظائف کی تخمین

پانی کی برآمد کا کاشفہ - گردوں میں پانی کا اخراج کرنے کی قابلیت کا امتحان کرنے کے لئے، پانی کے ۱۲۰۰ سی سی علی الصباح ناشتہ کئے بغیر پی لئے جاتے ہیں یا بعد ۵ گھنٹوں میں پیشاب کے کم از کم ۹۰۰ سی سی خارج ہوجانے چاہئیں، اور اسکی کثافت نوعی ۱۰۰۳ ہونی چاہیے۔

ارتکاز یا کثافتِ نوعی کا کاشفہ - ۱۲ یا ۱۶ گھنٹہ تک کوئی سیال نہیں دیا جاتا، اور پھر ۶ بجے شام کے وقت کا بلند پروٹینی کھانا معہ نمک کے دیا جاتا ہے۔ تین نمونے جمع کئے جاتے ہیں، بیدار ہونے پر، اور گھنٹہ گھنٹہ کے وقفے سے۔ اعظم کثافتِ نوعی کم از کم ۱۰۲۶ ہونی چاہئے۔ اگر اتنی نہ ہو تو قوتِ ارتکاز ناقص ہے۔

خون میں کے یوریا کی تخمین - سادہ ترین اور مختصر ترین طریقہ ایوہانز (Yvon's) کا ہے۔ ایک ورید سے حاصل کئے ہوئے خون کے دس مکعب سینٹی میٹر کو ۵ سی سی کلور ایسیٹک ایسڈ (chloracetic acid) میں ملا دیا جاتا ہے، تاکہ پروٹینز مرسوب ہو جائیں، اور پھر ایک چھوٹی کیل صراحی میں اس آمیزہ کا حجم ۲۵ سی سی تک کرلیا جاتا ہے۔ اس آمیزہ کو ایک کیل شیشہ میں تقطیر کرلیا جاتا ہے اور مقطر کا حجم نوٹ کرلیا جاتا ہے۔ پھر فینال فتھالین (phenolpnthalein) کو قلویت کے نمائندہ کے طور پر استعمال کرکے اس مقطر کو کاسٹک سوڈا کے ذریعہ قلوی بنا لیا جاتا ہے۔ آلۂ پیمائش ایک چھوٹا قیف ہوتا ہے، جو نیچے ایک شیشہ کی ڈاٹ کے ذریعہ ایک چھوٹی ظرفک سے جوڑ دیا جاتا ہے۔ ظرفک کے زیریں سرے سے ایک ربر کی تھیلی لگا دی جاتی ہے، جس میں کانچ کے دانے ہوتے ہیں۔ ربر کی تھیلی کو دبا کر آلہ کو قلوی مقطر سے بھر دیا جاتا ہے جو احتیاط کے ساتھ دھو کر اندر بہایا جاتا ہے، اور تھیلی اور ظرفک میں سے سب ہوا خارج کر دی جاتی ہے اور پھر شیشہ کی ڈاٹ کو بند کر دیا جاتا ہے۔ تھوڑا سوڈیم ہائپوبرومائٹ (sodium hypobromite) قیف کے اندر ڈالکر اسے ظرفک کے اندر داخل ہونے دیا جاتا ہے۔ آخر الذکر کو کئی بار الٹ کر اس کے مافیہا کو ملا لیا جاتا ہے۔ رہا شدہ

نائٹروجن ظرفک کے بالائی حصے میں جمع ہو جاتی ہے اور اُس کی پیمائش ظرفک کے پانی کے ایک اُستوانہ میں منتقل کرکے اور ربر کی تھیلی کو علیحدہ کرکے کی جاسکتی ہے۔ اس کے بعد تخمین اس واقعہ پر سے کی جاسکتی ہے کہ ایک گرام یوریا گیس کے ۷.۳۴ مکعب سینٹی میٹر سے متناظر ہوتا ہے جو پانی کے اوپر ۱۵ درجہ سینٹی گریڈ اور ۷۶۰ ملی میٹر پر ناپی جائے۔

طبعی طور پر خون میں ۳۰ ملی گرام فیصدی ہوتے ہیں۔ یوریا دموی غشا (uræmic coma) میں اس مقدار سے دس گنا اعداد پائے جاتے ہیں۔ دماغی نخاعی سیال بھی استعمال میں لایا جاسکتا ہے۔ اس حالت میں ٹرائی کلورا یسیٹک ایسڈ (trichlor-acetic acid) کے ذریعہ پروٹینز کو خارج کرنا غیر ضروری ہے۔

یوریائی ارتکاز کا امتحان (urea concentration test)- مریض ۱۵ گھنٹے تک سیالات سے پرہیز کرتا ہے۔ صبح کے وقت بیدار ہونے پر وہ اپنا مثانہ خالی کرتا ہے اور فوراً ایک ایسے محلول کے ۱۰۰ سی سی پی لیتا ہے جس میں ۱۵ گرام یوریا موجود ہو اور جو صبغۂ نارنج (tincture of orange) سے خوشبودار بنایا ہوا ہو۔ ایک گھنٹہ کے بعد وہ پیشاب کرتا ہے اور دوسرا اور تیسرے گھنٹہ کے بعد پھر پیشاب کرتا ہے۔ پیشاب کے ان دونوں کے اندر یوریا کی فیصدی مقدار کی تعیین کرلی جاتی ہے۔ اگر فیصدی مقدار ۲ سے اوپر ہو تو اخراجی قوت تشفی بخش ہے۔ یہ امر دیکھا گیا ہے کہ یہ کاشفہ اسی وقت صحیح ہوتا ہے جبکہ پیشاب کا حجم تقریباً ۱۰۰ سی سی ہو (9)- لہٰذا راقم الحروف میکاسکی (McCaskey) کا ابتدائی طریقہ دوبارہ اختیار کرنیکا حامی ہے، جو کہ حسب ذیل ہے۔

یوریا کی برآمد کی شرح کا کاشفہ (rate of urea output test)-

یوریائی ارتکاز کا طریق عمل اختیار کیا جاتا ہے۔ لیکن سیالات کی پہلے غیر معمولی تحدید کرنے کی کوئی ضرورت نہیں۔ گھنٹے گھنٹے کے حجموں اور یوریا کی فیصدی مقداروں پر سے یوریا کی اعظم مقدار کی تخمین کرلی جاتی ہے جو تین گھنٹوں میں سے ایک کے دوران میں خارج ہوئی ہے۔ تندرست گردے یوریا کی جو اقل مقدار خارج کرتے ہیں وہ حجم بول کے لحاظ سے قدرے مختلف ہوتی ہے، اور ذیل میں درج کی جاتی ہے۔

فی گھنٹہ حجم، سی سی-	۵۰	۶۰	۷۰	۸۰	۱۰۰	۱۲۰	۱۵۰	۲۰۰	۲۵۰
یوریا کی برآمد فی گھنٹہ گرام-	۱،۸۱	۱،۹۲	۲،۰	۲،۰۵	۲،۰۸	۲،۰۹	۲،۱۰	۲،۱۰	۲،۲

اگر کسی مریض کے یوریا کی فی گھنٹہ اعظم برآمد جدول بالا کی لکیر میں درج کئے ہوئے اقل اعداد سے نیچے گر جائے تو اُس کے گردوں کی اخراجی قوت کو ناقص یا کم سمجھنا چاہئیے۔

دموی یوریا کے انخلاء کا کاشفہ۔ جیسا کہ یہ کاشفہ ابتداءً بیان کیا گیا تھا، مریض ۶ بجے صبح ناشتہ کھانے سے پہلے پانی کے ۱۰۰۰ سی سی (۳۵ اونس) آہستہ آہستہ پی لیتا ہے کہ جن میں یوریا کے ۴۰ گرام موجود ہوتے ہیں۔ اگر خون میں یوریا کا اتنکاز پہلے ہی بلند ہو شلاً ۶۰ ملی گرام فی صدی، تو پھر یوریا لینے کی بالکل کوئی ضرورت نہیں۔ ۷ بجے اور پھر ہر گھنٹہ بعد ۱۱ بجے تک، مریض پانی کے دو گلاس (تقریباً ۱۶ اونس) آہستہ آہستہ پیتا ہے۔ یوریا کی وہ مقدار دریافت کی جاتی ہے جو پیشاب میں ۹ اور ۱۲ بجے کے درمیان ہر گھنٹہ کے دوران میں خارج ہوتی ہے، اور دموی یوریا کے لئے خون کے نمونے صبح ½ ۹، ½ ۱۰، ½ ۱۱ بجے پر لئے جاتے ہیں۔ یہ دیکھا جاتا ہے کہ وقت کی ہر اکائی میں خارج ہونے والے یوریا کی مقدار اور خون میں یوریا کے ارتکاز کے درمیان ایک مستقل نسبت ہے، بالفاظ دیگر جب خون میں کا یوریا بڑھ جاتا ہے تو پیشاب میں خارج ہونے والی مقدار بھی بڑھ جاتی ہے۔ اس غرض سے کہ یوریا کی اتنی زیادہ مقدار نہ لینی پڑے، راقم الحروف ۱۵ گرام کی ایک خوراک صبح ۸ بجے دیتا ہے۔

پیشاب کے (و) حجم میں فی منٹ یوریا کی جتنی (ی) مقدار خارج ہوتی ہے اس کے متعلق یہ تصور کیا جا سکتا ہے کہ یہ خون کے (و) حجم سے آئی ہے کہ جس میں یوریا کی (ی) مقدار اسوقت موجود تھی جبکہ ابھی گردہ نے اس کو خارج نہیں کیا تھا، چنانچہ ی و = ی و لہٰذا و = $\frac{ی و}{ی}$ اور یہ کسر اور متذکرۂ بالا نسبت دونوں ایک ہیں۔ لہٰذا یہ مستقل عدد، خون کا ایک فرضی حجم ظاہر کرتا ہے کہ جو ایک منٹ کے عرصہ میں یوریا سے منخلی ہوتا ہے۔ یہ فرضی اس لئے ہے کہ خون کا کوئی حصہ یوریا سے مکمل طور پر منخلی نہیں ہوتا۔ اس مستقل عدد کو اعظم انخلاء کہتے ہیں، کیونکہ گردہ کاشفہ کے دوران میں پانی اور یوریا کو خارج کرنے کے لئے اپنی پوری قابلیت کے ساتھ کام کرتا ہے۔ یہ جسم میں موجود رہنے والی وظیفی کلوی بافت کی مقدار کا ناپ ہے، اور کلوی وظیفہ کا بہترین کاشفہ ہے جو کہ بحالت موجودہ ہم کو حاصل ہے۔ ایک بالغ کی صورت میں اعظم انخلاء ۶۰ اور ۹۴ سی سی فی منٹ کی جولانی کے درمیان اختلاف پذیر ہوتا ہے،

اور اوسط ۵۰٫۷ سی سی ہوتی ہے ۔ بچوں کی صورت میں اور ان افراد کی صورت میں جنکی جسامت طبعی سے بہت مختلف ہو (مثلاً وزن ۱۰ اسٹون اور قد ۵ فٹ ۷ انچہ ہو)، حاصل شدہ قدر کو $\frac{۱٫۷۳}{\text{سطح جسم میٹروں میں}}$ سے ضرب دینی چاہیئے قبل اس کے کہ اس کا مقابلہ متذکرہ بالا طبعی امداد کے ساتھ کیا جائے (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 460) (10)۔ سطح جسم کا حساب قد اور وزن سے لگایا جاتا ہے جیسا کہ صفحہ 460 پر بتلایا گیا ہے (10) ۔ اس کاشفہ کو پچھلے کاشفہ کی توسیع سمجھا جا سکتا ہے، کیونکہ اس میں ارتکاز اور حجم کے علاوہ دموی یوریا کا عامل آتا ہے ۔ حقیقت میں یوریا کی برآمد اسی لئے تسلی بخش ہے کہ جب دموی یوریا پہلے سے طبعی ہو، تو ۵ اگرام یوریا دینے کے بعد وہ بالعموم ایک مستقل لیول تک چڑھتا ہے ۔

مثال :۔ ایک بالغ مرد سے کاشفہ کے پچھلے دو گھنٹوں میں سے ہر گھنٹہ کے لئے جو اعداد حاصل ہوئے وہ حسب ذیل تھے ۔ پیشاب کا حجم ۴۸۳، ۴۶۶ سی سی۔ یوریا فیصدی ۴۰٫۷، ۴۰٫۸۔ خون (ملی گرام فیصدی) ۴۸، اور ۴۵ ۔ اعظم انخلاآت فی منٹ $۸۰٫۵ \times \frac{۴۷}{۴۸}$، $۷۰٫۵ \times \frac{۴۸}{۴۵}$ تھے، یعنی ضرب دینے پر ۷۹، ۸۳ ۔ اوسط ۸۱، جو کہ ایک طبعی عدد ہے ۔

یہ ادعا کیا جاتا ہے کہ اسوقت بھی قابل اعتبار نتائج حاصل ہوتے ہیں جبکہ پیشاب کا حجم نہایت، کم یعنی ۲۰۰ اسی سی فی منٹ ہو، لیکن اس عدد سے نیچے انخلائی کسر، جو کہ اب اعظم نہیں رہتی مستقل نہیں ہوتی ۔ یہ ایک نقص ہے کیونکہ دمائی التہاب کلیہ (hydræmic nephritis) میں ادرار البول اس عدد تک بھی نہیں پہنچتا۔

لیکن متذکرہ بالا مساوات میں و کی بجائے و√ اور بچوں کی صورت میں $\sqrt{\frac{۱٫۷۳ \times ۹}{\text{سطح جسم}}}$ استعمال کرنے سے خاصا قریبی نتیجہ حاصل ہو سکتا ہے۔ اس کو معیاری انخلاء کہتے ہیں اور اس کی طبعی جولانی ۴۱ ــ ۶۷ سی سی اور اوسط ۵۴ سی سی ہے (11) ۔ یہ ترمیم شدہ ضابطہ اسوقت استعمال کیا جا سکتا ہے جبکہ یوریا یا پانی دئے بغیر خون اور پیشاب کا تجزیہ گھنٹہ گھنٹہ کے وقفہ سے کیا جائے ۔ لیکن اعظم انخلائی کاشفہ غالباً بہترین ہے اسی طرح کا کاشفہ کریٹی نین کے ذریعہ بھی کیا گیا ہے (12)۔

بول کے ڈایاسٹیس (diastase) کی تخمین ۔ یہ کا نسفہ صفحہ 409 پر بیان کیا
517 گیا ہے ۔ حالبین کی قنطرت کے بعد اسے دونوں گردوں کی افرازی قوتوں کا مقابلہ
کرنے کے لئے استعمال کیا جا سکتا ہے منقبض گردے (contracted kidney) میں
ڈایاسٹیس کا اخراج کم ہو جاتا ہے ۔

فینال سلفونیفتھالین (phenolsulphonephthalein)۔ مریض کا
مثانہ خالی کر لیا جاتا ہے اور ۲۰۰ یا ۳۰۰ سی سی پانی براہِ دہن دیا جاتا ہے ۔ پھر اس دوا کے
۶ ملی گرام قلوی محلول میں آلوی عضلات کے اندر مشرب کیے جاتے ہیں ۔ ایک گھنٹہ
اور دو گھنٹوں کے بعد پیشاب جمع کیا جاتا ہے، اور قوی کاسٹک سوڈا کے چند قطرے
ملانے کے بعد اس کے حجموں کو ایک لیٹر تک مرقق کر لیا جاتا ہے ۔ گلابی رنگ جو حاصل
ہوتا ہے اس کا مقابلہ اس صبغہ کے معیاری لونی محلولات کے ساتھ کیا جاتا ہے ۔
طبعی حالت میں اشراب کردہ مقدار کا ۵۰ فیصدی حصہ ایک گھنٹے کے بعد، اور
مزید ۲۵ فیصدی دوسرے گھنٹے کے بعد خارج ہو جاتا ہے ۔ چار گھنٹے میں وہ سب کا سب
خارج ہو جاتا ہے ۔ جب اخراج میں نقص ہوتا ہے تو صبغہ کا اخراج اس کی نسبت
بہت سست ہوتا ہے ۔ ایسا مختلف اقسام کے کلوی مرض میں ہوتا ہے، اور یہ کسی
خاص شکل کے لئے مخصوص نہیں ۔

مرض برائٹ

(BRIGHT'S DISEASE)

عمومی تبصرہ

گردوں کی ایک مرضی حالت کے ساتھ استسقائے عمومی اور البیومینی بول
کے تلازم کو سب سے پہلے شناخت و معلوم کرنے کا سہرا ڈاکٹر رچرڈ برائٹ (Dr.
Richard Bright) کے سر ہے ۔ ۱۸۲۷ء میں اس نے اپنے پہلے مضمون میں بتلایا
استسقاء کے ساتھ اکثر گردے بڑے، پھیکے رنگ کے اور چکنے ہو جاتے ہیں، او

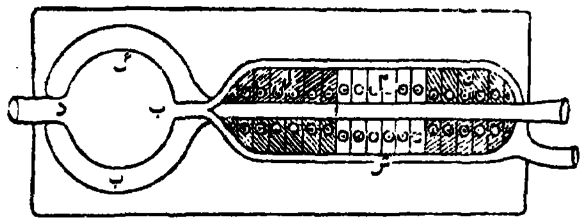
پیشاب میں البیومین موجود ہوتا ہے۔ ۱۸۳۶ء میں اُس نے اپنا مضمون "البیومینی بول سے تعلق رکھنے والی ۱۰۰ اصابتوں کے مرضی مظاہر کا جدولی تبصرہ" شائع کیا، جس میں اُس نے بتلا دیا کہ البیومین بولیت کی بہت سی اصابتوں میں، جن میں استسقاء نہیں ہوا تھا، گردے چھوٹے اور پھیکے رنگ کے تھے۔ اِس مضمون میں ادھیڑ عمر کے کئی مریضوں کے حالات کے اندراجات بھی ہیں، جو دماغی نزف (cerebral hæmorrhage) یا فشلِ قلب (heart-failure) سے نشانۂ اجل ہو گئے، اور جن کے گردے امتحان بعد الممات میں "چھوٹے، سخت، اور ذرّاتی" پائے گئے، اور جن کے قلوب میں "بائیں بطین کی بڑی بیش پرورش" پائی گئی۔

چونکہ برائٹ کے ابتدائی یا اصلی بیان میں گردوں کا وہی مرض شامل تھا جس کے ساتھ البیومین بولیت، اُذیما یا قلب کی بیش پرورش موجود ہوتی ہے، لہذا یہ صاف اور واضح ہے کہ مرض برائٹ میں صرف حاد، تحت الحاد، اور مزمن گُویکی اُنبوبی (glomerulo-tubal) (یا زیادہ سہولت کے لحاظ سے "سمّی") التہابِ گردہ کو شامل ہونا چاہئے، لیکن شریانی صلابتی گردہ (arterio-sclerotic kidney) اُن میں شامل نہیں، کیونکہ حال ہی میں یہ بتلا دیا گیا ہے کہ یہ گردے اوسطاً طبعی وزن کے ہوتے ہیں۔

مزید برآں، حاد التہابِ گردہ کی چار اقسام میں سے اِس گروہ میں تین شامل کی جا سکتی ہیں، یعنے نہ صرف حاد گُویکی اُنبوبی التہابِ گردہ (acute glomerulo-tubal nephritis)، بلکہ ساری التہاب دروں قلبہ کا سدادی التہابِ گردہ (embolic nephritis) بھی جو اول الذکر سے نہایت قریبی مشابہت رکھ سکتا ہے۔ اُس کا بیان اِس سے پہلے درج ہو چکا ہے۔ حمل کا التہابِ گردہ بیشتر گُویکی ہوتا ہے (16)- تیسری قسم وہ التہابِ گردہ ہے جو بعض سموم سے پیدا ہو جاتا ہے، مثلاً پارے یورانیم (uranium)، کرومیٹس (chromates)، ذُراح (cantharides)، ترپن ٹائن، پوٹاسیم نائٹریٹ، سیلی سیلک اور کاربولک ایسڈز سے، جو بالخصوص اُنبیبات کو ماؤف کر دیتے ہیں۔ اِس کے برعکس حاد خلالی التہابِ گردہ (acute interstitial nephritis) مرض برائٹ کی قسم ہرگز نہیں ہے۔ یہ بالخصوص اُن مریضوں کے

گردوں میں پایا جاتا ہے، جو حمیٰ قرمزیہ (scarlet fever) میں ابتدائے مرض میں ہلاک ہو چکے ہوں، لیکن جن میں تشکیلی قرمزیتی التہاب گردہ نمودار نہوا ہو۔ ربطی بافتیں گول خلیتوں، بیشتر پلازما خلیتوں سے درریختہ ہوجاتی ہیں، اور یہ دراصل التہاب حوض الکلیہ و الکلیہ (pyelonephritis) کا ابتدائی ترین درجہ ہے۔ یہ امر نہایت ہی دلچسپ ہے کہ گردہ اور (جگر) میں انحطاطی تغیرات اسوقت پائے جاتے ہیں جبکہ چوہوں کو میگنیسیم سے معرا غذا دیجائے، اور اس سے تشنجات پیدا ہوجائیں (15'14)۔

چربیشی گردہ (lardaceous kidney) کو موجودہ زمانہ میں باتفاق رائے مرض برائٹ کے زمرہ سے خارج کردیا گیا ہے، باستثناء اس حالت کے جبکہ یہ انحطاط ایک ماسبق انبوبی التہاب پر متزاد ہوگیا ہو۔ ایسا ہونا شاذ نہیں ہے کیونکہ مزمن



شکل ۱۱۔ گوبیک گ اور انبیب (کی خاکہ نما ترسیم۔ ب. کیسۂ باؤمن۔
د اور ب۔ درآئندہ اور برآئندہ عرق۔ (باتباع اسٹارلنگ ووَرنی)۔

التہاب گردہ اس تغیر کی استعداد پیدا کرتا ہے۔

مرض برائٹ کی امراضیات کے متعلق ایک ہنگامی نظریہ۔ گوبیک (شکل ۱۱، گ) کو یہ سمجھنا چاہئے کہ وہ معقول بلند دباؤ کے تحت، پانی اور دوسری انتشار پذیر اشیاء کو تقطیر کے ذریعہ خون میں سے کیسۂ باؤمن کے اندر پہنچا دیتی ہے۔ گار بیتھر کے ایک باریک
نالچہ سے ایک منفرد کیسۂ باؤمن میں کچوکا دیکر اس سیال کو حقیقتہً جمع کیا گیا ہے۔ سیال 518
نالچہ کے اندر صرف اسیوقت تک بہ کر آتا تھا جبتک کہ خون گوبیکی عروق شعریہ میں سے ہوکر گذرتا ہوا دکھائی دیتا تھا، اور ایکی ہارن (Ekehorn) نے مزید برآں یہ بھی بتلادیا

ہے کہ مقطر اور پلازما کا کلورائڈی مافیہا مماثل ہیں! اور یہ امر تقطیری مفروضہ کے ساتھ بقفت تطابق کرتا ہے ۔ انسانی گردے میں تقریباً ایک کروڑ (۱۰ ملین) گویکیں معہ اُنکی متناظر اُنیبیبات کے ہوتی ہیں ۔ ایک منفرد گویک مقابلتہً صرف تھوڑے عرصہ تک مصروفِ کار رہتی ہے اور پھر اُس کی فعالیت موتوف ہوکر دوسری گویکیں بارِ محنت کو اُٹھالیتی ہیں ۔ چنانچہ گردوں میں ایک بڑا محفوظہ موجود رہتا ہے' اور اگر متعدد گویکیں تلف ہو جائیں تو اِس کے صرف یہی معنے ہونگے کہ دوسری گویکوں کو معمول کی نسبت کسیقدر زیادہ عرصہ تک کام کرنا پڑیگا ۔ تندرست گویکیں جسامت میں بھی بڑھ سکتی ہیں لیکن بہ ظاہر معلوم ہوتا ہے کہ جسم کو تازہ یا جدید گویکیں بنالینے کی قوت حاصل نہیں ہے ۔

خون گویک سے خارج ہونے کے بعد برآرندہ عرق (ب) کی راہ سے ہوتا ہوا اُنبیبات کو رسد پہنچاتا ہے' اور گویکی مقطر کیسہ سے باہر نکل کر اُنیبیب کے اندر چلا جاتا ہے ۔ یہ بتلایا گیا ہے کہ اُنیبیب کے اندر دو اعمال واقع ہوتے ہیں ۔ خلیات خون سے یوریا اور سلفیٹ کا افراز کرتے ہیں' اور یہ دونوں مادے گویکی سیال کے اندر خارج ہوجاتے ہیں' اِسیطرح اِس سیال میں سے کلورائڈ' بائی کاربونیٹ' ڈیکسٹروس اور پانی پھر خون کے اندر جذب ہوجاتے ہیں ۔ معلوم ہوتا ہے کہ پانی کا بازانجذاب واقع ہونے کے لئے بعض اشیاء ضروری ہیں' جو جسم کے دوسرے حصوں سے حاصل کرکے گردوں تک لائی جاتی ہیں ۔ اِن میں سے ایک مؤخر نخامیہ کا خلاصہ ضاغط العروق (vaso-pressin) ہے ۔ غالباً پانی کا بازانجذاب سب سے آخر میں اُنیبیب کے ن سرے کی طرف واقع ہوتا ہے ۔

بول میں کے اشیاء کو دو گروہوں میں تقسیم کیا جا سکتا ہے' اِس لحاظ سے کہ وہ سرسری طور پر اُسی ارتکاز میں موجود ہیں جیسے کہ خون میں' یا گردوں نے اُن کے ارتکاز کو اور زیادہ بلند کردیا ہے (ملاحظہ ہو جدول صفحہ 422 پر) ۔ پہلے گروہ میں کلورین' سوڈیئم' کیلسیئم اور میگنیسیئم شامل ہیں' اور دوسرے گروہ میں یوریا' یورک ایسڈ' کریٹی نین (creatinine)' اِنڈیکن (indican)' فاسفیٹ' سلفیٹ' اور پوٹاسیئم ۔ ایک دلکش خیال یہ ہے کہ اول الذکر سب کے سب گویک سے مقطر ہوتے ہیں اور جزئی طور پر پھر جذب ہوجاتے ہیں' اور آخرالذکر کا افراز اُنیبیبات سے ہوتا ہے ۔ اگر یہ درست ہے تو

پھر یہ نہایت آسان طریقہ ہے کہ اس پر غور کیا جائے کہ گردے کی مختلف ساختوں میں امراضیاتی تغیرات واقع ہو جانے کا اثر خون پر اور بول پر کیا ہوگا - اور پھر یہ دیکھا جائے کہ آیا مرض برائٹ کے سریری اقسام اِن اِمکانات سے متناظر ہیں یا نہیں -

لیکن پہلے کلوی سرحلمہ کے وظیفہ کو دو نقطہائے نظر سے دیکھنا چاہئے :-(۱) اُسے اُن اشیاء کو جو دراصل خون کا جزو ہیں، مثلاً البیؤمین اور دموی خلیات بول سے روک رکھنا پڑتا ہے - (۲) اُسے فضلات کو خارج کرنا پڑتا ہے جن کو پیشاب کا بہاؤ دور کر دیتا ہے - یہ وظائف ایکدوسرے سے علیحدہ علیحدہ ماؤف ہو سکتے ہیں -

۱ - (الف) البیؤمین بولیت کے متعلق نظریات - ممکن ہے کہ کوئی زہر گوئی گچھے کے سرحلمہ کو متضرر کر دے، اور اِسطرح متعدد سوراخ اتنے کافی بڑے پیدا ہو جائیں کہ جن کے اندر سے پروٹین کے نسبتہً چھوٹے سالمات گذر کر پیشاب کے اندر خارج ہو جائیں یا شاید، جیسا کہ تازہ مشاہدات اِشارہ کرتے ہیں، یہ زہر ایک طرح کا موم ہے جو پلازما کا سطحی تناؤ کم کر دیتا ہے، اور اِسطرح پروٹین سرحلمہ میں کی طبعی فضاؤں میں سے خارج ہو جاتا ہے (18)- ایک ناقص دموی رسد، جیسی کہ مرض قلب میں واقع ہو سکتی ہے یا جیسی کہ شریان کلوی کو کچھ عرصہ تک شکنجہ سے دبا کر تجربتہً پیدا کیجا سکتی ہے، کلوی سرحلمہ کو زخمی کر دیتی ہے، لہذا وہ بھی ایک امکانی عامل ہو سکتی ہے -

(ب) کلوی اُذیما کے متعلق نظریات - طبعی حالت میں عروق شعریہ کے اندر کے خون اور بافتوں کے سیالات کے درمیان ایک توازن موجود ہوتا ہے، جس کی وجہ سے عروق شعریہ کے اندر سے سیال کا کوئی زائد ارتشاح نہیں ہونے پاتا - اِس توازن میں خون کا ولوجی دباؤ ایک اہم وظیفہ انجام دیتا ہے - نسبتہً چھوٹے پروٹینی سالمات کے نقصان کے یہ معنے ہیں کہ پلازما کا وہ ولوجی دباؤ جو پروٹینز کی وجہ سے ہوتا ہے بہت کچھ کم ہو جاتا ہے اور خون اور بافتوں کے سیالات کے درمیان کا توازن بگڑ جاتا ہے، چنانچہ سیال اور طحات بافتوں کے اندر خارج ہو کر اُن کو اُذیمائی بنا دیتے ہیں، کیونکہ استسقائی سیال کا پروٹینی مافیہ بہت کم ہوتا ہے - یہ ایپسٹین کا نظریۂ اُذیما (Epstein's theory of oedema) ہے - اب یہ ایک غیر مشکوک واقعہ ہے کہ کلوی اُذیما میں پلازما کی ولوجی قوت کم ہو جاتی ہے اور سیرم البیؤمین، بھی جو کہ نسبتہً چھوٹے سالمات رکھتا ہے، سیرم

519

گلابیؤمین کے مقابلہ میں کم ہوجاتا ہے۔ لیکن راقم الحروف کی رائے میں اِن تغیرّات کو کلوی اُذیما کا سبب سمجھنے میں تین اعتراض وارد ہوتے ہیں:۔ (الف) کم ولوجی دباؤ کے یہ معنے ہونگے کہ گوئیکوں میں سے نسبتۃً زیادہ تقطیری دباؤ ہوگا، چنانچہ وہ عامل جو سیال کو بافتوں کے اندر خارج کرتا ہے، پیشاب کے بہاؤ کو بھی زیادہ کردیگا۔ اِس سے ایک توازن پیدا ہوجائیگا۔ (ب) ایک مریض میں ۵۰۰ سی سی خون کے نقل الدم سے ادرارِ بول نہیں پیدا ہوا۔ اُس سے صرف البیؤمین بولیت زیادہ ہوگئی (39)۔ (ج) راقم الحروف کے ایک مریض میں اُذیما بہ سرعت رفع ہوگیا، لیکن سیرم کے اندر پروٹین پھر بھی بدستور پست قدر پر رہا۔ کلوی اُذیما کی توجیہ کے لئے دو دوسرے نظریے پیش کئے گئے ہیں:۔ (۱) یہ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ نظامی عروق شعریہ کسی قسم کی وجہ سے متضرر ہوکر خون کے سیّال حصوں کے لئے زیادہ نفوذ پذیر ہوجاتی ہیں لیکن یہ سمجھنا مشکل ہے کہ کوئی سمِ کلوی مرض کی محض اُنھیں اصابتوں میں کیوں خون میں داخل ہوتا ہے جنمیں پروٹینی تفرقی حاصلات (protein catabolites) کے اخراج میں کوئی بڑی مزاحمت نہیں پیش آتی، اور بہت سے ایسے مریض جن کی کلوی کارکردگی نہایت خطرناک طور پر خراب ہوجاتی ہے، مثلاً ثانوی سکڑے ہوئے گردے (secondary contracted kidney) کی حالت میں اُذیما میں مبتلا نہیں ہوتے۔ (۲) یہ رائے ظاہر کی گئی ہے کہ اُذیما اِس وجہ سے پیدا ہوجاتا ہے کہ گردے کلورائڈ خارج نہیں کرسکتے، اور ملح محتبس ہوجائے تو پانی کا محتبس رہنا بھی ضروری ہے تاکہ جسمانی سیالات کی ہم تنفسی قائم رہے، اور اِسطرح اُذیما پیدا ہوجاتا ہے۔ لیکن یہ بتلایا گیا ہے کہ پانی کی کثرت بجائے خود اُذیما پیدا کردیتی ہے (20)۔ تاہم اگر اس کے علاوہ ساتھ نمک بھی ملادیا جائے، تو اُذیما کا رجحان اور زیادہ ہوجاتا ہے۔ آخرالذکر نکتہ کا ثبوت راقم الحروف کی ایک اصابت سے ملتا ہے، جسمیں علاجی اغراض کے لئے نمک اور پانی کا استعمال، پست دموی کلورائڈ کے باوجود نہ صرف (اُذیما کی وجہ سے) جسم کا وزن بڑھادینے کا موجب ہوا، بلکہ اس سے پیشاب کا بہاؤ بھی کم ہوگیا۔ اور کچھ عرصہ تک کم رہا۔ راقم الحروف کی رائے میں سادہ ترین اور نہایت اغلب نظریہ یہ ہے کہ اُذیما اُنیبیبوں کی مسدودی کی وجہ سے پیدا ہوجاتا ہے۔ چنانچہ گوئیکی مقطر، طبعی گوئیکوں سے اسقدر آہستہ ٹپکتا ہے کہ کلورائڈ طبعی کی نسبت بہت زیادہ

مقدار میں جذب ہوتا ہے اور اپنے ساتھ پانی کا مقررہ جزو بھی لے جاتا ہے۔ اذیما اُسوقت ہوتا ہے جبکہ پانی کی، یا پانی اور کلورائڈ کی کثرت لیجائے۔ اگر پانی قلیل ہو، مثلاً قے کیوجہ سے، تو ملح کا احتباس بغیر اُذیما کے واقع ہوتا ہے، جو کہ فرانسیسی مصنفین کا "خشک احتباس" ہے۔

۲۔ گردوں کے اخراجی وظائف۔ (الف) اگر گوکیں یا انیبیبات بالکل مسدود ہوں تو کوئی سیال یا ملحات گردے میں سے ہو کر ہرگز نہیں جا سکتے۔ اُسر البول پیدا ہو کر تمام اخراجی حاصلات کا خون میں اجتماع ہو جائیگا مثل اس حالت کے جبکہ دونوں حالبین حصات سے مسدود ہو جاتے ہیں۔ اگر جزئی مسدودی ہو تو پانی اور ملحات کے اخراج میں مزاحمت ہوگی، چنانچہ اگر مریض نے بہ افراط سیال لیا تو اُذیما پیدا ہو جائیگا۔ اگر اُنبوبی ہر حلہ میں حد سے زائد مداخلت نہ ہوئی ہو تو ممکن ہے کہ یوریا کا اخراج طبعی سے بہت نیچے نہ گرے، اور تا وقتیکہ حد سے زائد بلند درجہ کی پروٹین غذا نہ کھائی جائے یوریا خون کے اندر جمع نہ ہوگا۔ حاد التہاب گردہ کی ایک شکل (خفیف التہابِ گردہ = nephritis mitis) میں جس میں اُنیبیبات مسدود ہوتے ہیں یہی حالت ہوتی ہے۔ اگر گوبکی اتلاف پایا جائے اور وہ آہستہ آہستہ واقع ہوا ہو، تو ممکن ہے کہ گوبکیوں پر زائد دباؤ عمل میں آکر مزاحمت کی کامل تعویض ہو جائے، اور یہاں بھی اِس امر کو ملحوظ خاطر رکھنا دلچسپ ہے کہ جنگی اور مدنی التہابِ گردہ (war & civilian nephritis) کی بعض اصابتیں، جہانتک کہ گردے کی اخراجی قوتوں کا تعلق ہے، کامل طور پر شفایاب ہو گئی ہیں۔ لیکن نتیجہ یہ ہوا ہے کہ ایک مستقل ارتفاع الضغط پیدا ہو گیا ہے (17)۔

(ب) اگر تنہا اُنیبیبات ماؤف ہوں تو گوبکی مقطر طبعی طور پر حاصل ہوتا رہیگا اور خون کا دباؤ بلند نہ ہوگا۔ تاہم یوریا کے ارتکاز میں خطرناک طور پر مداخلت ہو جائیگی۔ 520
یوریا، سلفیٹس، فاسفیٹس وغیرہ خون کے اندر محتبس رہ جائینگے اور ممکن ہے کہ مریض بلا کوئی دَورانی علامات پیدا ہوئے یوریا دمویت سے ہلاک ہو جائے، یہ ایسی حالت ہے جو جنگی التہابِ گردہ سے بھی پیدا ہو گئی ہے۔ اگر اُنیبیبات کا صرف زیرین حصہ ماؤف ہو تو مریض کو محض نہایت رقیق پیشاب ہوگا، لیکن گردے کی اخراجی قوت

غیر متاثر رہے گی۔ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ ایسی حالت، مؤخر نخامی خلاصہ کی عدم موجودگی کے باعث بلغ ذیابیطس میں پیدا ہوجاتی ہے (۷)۔

(ج) اگر گویکیں اور انبیبات دونوں ایک ہی وقت میں اور بتدریج ماؤف ہوجائیں، تو اُس حالت کی توقع ہوگی جو ثانوی سکڑے ہوئے گردے (secondary contracted kidney) کی حالت میں بیان کی گئی ہے۔ گویکیوں کی اضافی غیر نفوذ پذیری کے باعث بلند دموی انضغاط اور بیش پرورده قلب پیدا ہوجائے گا۔ انبیبات کے وظائف میں خلل واقع ہوجائیگا چنانچہ یوریا وغیرہ خون کے اندر جمع ہو جائیگا مریض کو مسلسل نہایت رقیق پیشاب ہوتا رہے گا جس کی کثافت نوعی پست ہوگی۔ پانی کو جذب کرنے کی قابلیت نہ ہونے کے باعث اُذیما نہ ہونے پائیگا۔ دبیب التہاب گرده (nephritis repens) کی اصابتوں کے لئے بھی یہی توجیہہ درست ہے، جنمیں گویکی انبوبی نظامات کے بڑے بڑے حصّے بالکل تلف ہوجاتے ہیں اور اخراج کے کام کے لئے اُن کی از حد کم تعداد باقی رہ جاتی ہے۔

حاد گویکی انبوبی (سمی) التہابِ گردہ

[acute glomerulo-tubal (toxic) nephritis]

بحث اسباب۔ یہ مرض، جسے عام طور پر حاد التہابِ گردہ (acute nephritis) کہتے ہیں، ایک منتشر التہابِ گردہ ہے۔ فی الحال اِس کا اصلی سبب نامعلوم ہے۔ تاہم عام غلبۂ آراء یہی ہے کہ یہ مرض سرایت کے باعث پیدا ہوجاتا ہے، اگرچہ یہ سوال تصفیہ طلب ہے کہ آیا عضویات خود گردوں ہی میں بڑھتے ہیں، یا محض جسم کے ایک بالکل جداگانہ حصّے میں کے خرد عضویوں سے سمیات پیدا ہوجاتے ہیں جو گردوں کو ماؤف کردیتے ہیں؟ اِن میں سے بہت سی اصابتوں میں لوزتین عفونتی ہوتے ہیں اور حاد التہابِ گردہ سے پہلے حاد التہاب لوزتین کا ہونا ایک بالکل عام واقعہ ہے۔ اِن امور سے مترشح ہوتا ہے کہ ممکن ہے کہ مرکزی عفونت ہی اِس مرض کا اوّلی سبب ہو۔ اِن اصابتوں میں متعلقہ خرد عضویہ نبقہ سبحیہ ہوگا۔ حمّی قرمزیہ (scarlet fever) اِس مرض کا ایک مشہور و معروف سبب ہے، اور اِس حالت میں بالغوں کی نسبت

بچے زیادہ اکثر مبتلائے مرض ہوتے ہیں - بالعموم اس کے علامات ابتدا ً دورانِ نقیہیت میں ظاہر ہوتے ہیں، اور یہ التہاب گردہ غالباً نبقی سبحی حملہ کے باعث ہوتا ہے - بعض اوقات یہ نقیہیت نمودار ہونے سے پہلے ہی شروع ہوجاتا ہے - تاہم شفاخانۂ عام میں جو بیمار ملے ہیں اُن میں اِس مرض کا سبب مُعِد، حاد التہاب لوزتین اُس سے آٹھ گنا زیادہ عام پایا گیا ہے کہ جتنا حمیٰ قرمزیہ پایا جاتا ہے (۲)- کئی دوسرے حموی امراض بعض اوقات حاد التہاب گردہ کا پیش خیمہ ہوتے ہیں - وہ یہ ہیں :- زکام، حاد رثیت (acute rheumatism)، خسرہ (measles)، چیچک ہیضہ جُدریا (varicella)، ٹائفس (typhus)، تپ معویہ، ذات الریہ، حمیٰ ناکسہ (relapsing fever)، خناق وبائی (diphtheria)، ہینناک کا پرپیورا (Henochs purpura)، تدرّن (tubercle)، آتشک، ورعفونی حالتیں، جن میں تقیح الصدر اور جلد اور جلد الراس کے زخم شامل ہیں - اِن میں سے بعض سرایتوں کے خردعضویے قارورے کے اندر پائے گئے ہیں، مثلاً نبقات رئویہ اور عصیات محرقی -

بعض اوقات سردی اور نمی میں تکشف، بالخصوص جبکہ مریض الکحل کے زیر اثر ہو، اِس مرض کا سبب مُعِد سمجھا جاتا ہے - اِس طرز کے، بہ ظاہر خود بخود پیدا ہوجانے والے التہابِ گردہ کی ایک نہایت عمدہ مثال وہ نام نہاد "خندقی التہابِ گردہ" ("trench nephritis") ہے، جو گذشتہ جنگ میں سپاہیوں میں پیدا ہوگیا - یہ التہاب صرف خندق میں کے سپاہیوں تک محدود نہ تھا - مرض کے ایسے ہی حملے دوسری لڑائیوں میں بھی ہوچکے ہیں، جن میں سے امریکی خانہ جنگی (American Civil War) قابلِ ذکر ہے - خندقی التہاب گردہ اور شہری مطب کے مریضوں میں ملنے والے حاد التہاب گردہ کے درمیان دراصل کوئی فرق نہیں ہے - حمل بھی التہاب گردہ کا ایک کثیر الوقوع سبب ہے، اور یہ التہاب نہایت شدید قسم کا ہوسکتا ہے، جس کے ساتھ بوریا دمویت اور تشبکیتی تغیرات بھی ہوسکتے ہیں -

مرضی تشریح - بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ گردہ کی جسامت طبعی ہو اور وہ خالی آنکھ سے طبعی شکل کا نظر آئے، جو اِس امر کے پیش نظر کہ مریض نہایت اکثر حقیقی اسرالبول سے ہلاک ہوا ہے ایک حیرتناک واقعہ ہے - ایسا خندقی التہاب گردہ اور

قرمزیتی التہاب گردہ کی اصابتوں میں اُسوقت دیکھا گیا ہے جبکہ موت بہ سرعت واقع ہوگئی ہے۔ دوسری اصابتوں میں گردہ کم وبیش متورم ہوتا ہے۔ اُس کی شکل گول ہوتی ہے، وہ تنیدہ اور لچکدار ہوتا ہے، اُس کا کیسہ بآسانی اتر آتا ہے، اور سطح معمول کی نسبت شاداب
521 ہوتی ہے۔ تراشنے پر اُس کا قشرہ بہت متورم نظر آتا ہے اور اُس کا رنگ رمادی مائل سرخ ہوتا ہے، اور امتلاء کی وجہ سے اہرام سیاہ سرخ رنگ کے ہوتے ہیں یا کہیں کہیں شوخ سرخ رنگ کے دھبے ہوتے ہیں۔ اِن میں سے بعض تو ممتلی گوکیں ہیں اور بعض چھوٹے نزفات۔ اور دوسری اصابتوں میں گردے بہ شدت ممتلی، اور رنگ میں سیاہ سرخ یا چاکولیٹ کے رنگ کے ہوتے ہیں۔ وہ خون میں شرابور ہوتے ہیں یا اُن سے خون ٹپکتا ہے اور انھیں تراشنے پر اہرام اور بھی بے انتہا ممتلی نظر آتے ہیں۔

خردبین سے دیکھا جائے تو اسوقت جبکہ التہابی تعامل شدید ہو (تیز التہاب گردہ =nephritis acris) گوبکی گچھے ایک تکاثری التہابِ گوبک کی وجہ سے متورم نظر آتے ہیں، اور اُن میں بہت سے کثیر الاشکال نواتی خلیے موجود ہوتے ہیں۔ اُنبوبی سرحلمہ کے خلیات ایک متورم ذراتی نخر، یا یہ ظاہر کرتے ہیں جس میں نوات غائب ہوتے ہیں، اور ورم سحابی یا البیومینی انحطاط موجود ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ اُن میں زجاجی قطیرے موجود ہوں (زجاجی قطیری انحطاط) استسقائی، شحمی اور لیپائڈی انحطاط کا بھی موجود ہونا ممکن ہے اور زجاجی سیائک موجود ہوتے ہیں۔ مضاعف الانعطاف لیپائڈی قطیروں کی موجودگی لیپائڈی انحطاط ظاہر کرتی ہے۔ رخنگی بافت اکثر اوقات اُذیمائی ہوتی ہے، اور گرد گوبکی دریزش کے ساتھ کثیر الاشکال نواتی خلیے موجود ہوتے ہیں۔ جب التہابی تعامل پست درجہ کا ہوتا ہے (خفیف التہاب گردہ =nephritis mitis) تو گوبکوں کا ہیکل اُذیمائی ہوتا ہے۔ گچھوں کی شعریات کا درحلمہ متورم ہوتا ہے۔ کیسۂ باؤمن کے سرحلمہ کا سحابی ورم اور لیپائڈی انحطاط ہوتا ہے، اور کلوی انبیبیوں کے سرحلمہ کا نمایاں لیپائڈی انحطاط موجود ہوتا ہے، اور اِن خلیوں کے نوات انحطاط یافتہ ہوتے ہیں۔ کیسئی فضاؤں میں حلوی اور البیومینی طبہ اکثر اوقات موجود ہوتا ہے، اور اُنبیبات میں زجاجی اور ذراتی سیائک موجود ہوتے ہیں (24)۔

امراضیات۔ حاد التہاب گردہ کے حملے کے دوران میں بیشتر کلوی وظائف

میں مداخلت واقع ہوجاتی ہے، لیکن ہر اصابت دوسری اصابت سے بہت مختلف ہوتی ہے۔ غیر پروٹینی نائٹروجنی اشیاء کا اخراج نہ ہوسکنے کے باعث خون کے اندر اُن کا متناظر احتباس پیدا ہوجاتا ہے۔ یہ خون کے یوریائی مافیہ (urea content of the blood) کی زیادتی سے ظاہر ہوتا ہے، جو بعض اصابتوں میں بہت شدید ہوتی ہے (۱۸۰ ملی گرام فی صدی)، اگرچہ دوسری اصابتوں میں یہ زیادتی محض خفیف سی ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ اُذیما کی وجہ یہ ہو کہ ناقص گویچی وظیفہ کے باعث گردے پانی اور ملحات کا اخراج نہیں کرسکتے۔ ڈایاشیس کے اخراج میں کمی کبھی نہیں ہوتی۔ حاد التہاب گردہ کے اُذیما کے ساتھ انکماشی (systolic) اور انبساطی (diastolic) دونوں قسم کے ضغطِ دموی کا ارتفاع ہوا کرتا ہے۔ اس کا اثر یہ ہے کہ گردوں کے اندر سے خون کا دوران زیادہ ہوکر سیلانِ بول کے جاری رہنے میں مدد ملتی ہے۔ جب اُذیما رفع ہوکر پیشاب کا حجم بڑھ جاتا ہے تو یہ ارتفاع ضغطِ دموی بسرعت کم ہوجاتا ہے۔

علامات۔ علامات کا آغاز اکثر غیر محسوس طور پر ہوتا ہے۔ زیادہ اکثر تو یہی ہوتا ہے کہ اُذیما پہلی علامت ہوتی ہے۔ جو مریض یا اُس کے دوستوں کے دیکھنے میں آتی ہے۔ جب مریض صبح بیدار ہوتا ہے تو اُس کا چہرہ پھولا ہوا نظر آتا ہے، اور بالخصوص آنکھوں کے نیچے سیال جمع ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ دن کے گذرتے گذرتے یہ رفع ہوجائے لیکن اگر رات کے وقت پاؤں کو دیکھا جائے تو ٹخنوں کے بالکل نیچے ہی اُذیما موجود ہوتا ہے ــــ دراصل تحت الجلد بافت میں انصباب کی خفیف مقدار موجود ہوتی ہے، جو قوت جاذبہ کے اثر سے ہمیشہ سب سے نیچے لٹکے ہوئے حصّے کو تلاش کرتی ہے۔ دن کے وقت یہ انصباب پاؤں تک پہنچ جاتا ہے۔ نیند کی لیٹی ہوئی وضع میں یہ خود کو عام طور پر پھیلا دیتا ہے، لیکن پپوٹوں کی ڈھیلی بافتوں میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ اگر مریض بستر پر لیٹ جائے تو یہ چہرے اور پاؤں دونوں کو چھوڑ کر صفن پر کی بافت میں جمع ہوجائے گا، کیونکہ یہی اب سب سے زیادہ نیچے لٹکا ہوا حصّہ ہے۔ چہرے کا پھولنا اس طریقہ کے بالکل متضاد ہے کہ جس طریقہ سے فشل قلب کے اُذیما کا آغاز ہوتا ہے، کیونکہ آخرالذکر اُذیما قوتِ جاذبہ کے اثر سے نیچے کی طرف منتقل ہوکر سب سے پہلے ٹانگوں میں نظر آتا ہے۔ حاد التہاب گردہ کے اُذیما کی مدت بہت مختلف

ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ خفیف اصابتوں میں وہ ایک یا دو دن میں غائب ہوجائے۔ اِس کے برخلاف ممکن ہے کہ وہ جاری رہے اور یہ اصابت بالآخر سپید بڑے گردے کی اصابت بنجائے۔ اس اُذیما کے ساتھ ساتھ پیشاب کے حجم کی تقلیل اور البیُومین بولیت بھی ہوتی ہے۔ خراب ترین اصابتوں میں ممکن ہے کہ دن بھر میں بلند کثافتِ نوعی رکھنے والے بول کے صرف چند ہی اَونس خارج ہوں، اور ممکن ہے کہ البیومین کے بلند ارتکاز کی وجہ سے یہ اُبالنے سے ٹھوس ہوجائے۔ نسبتۃً خفیف اصابتوں میں بول کا حجم نسبتۃً زیادہ ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ بول مکدر ہو اور اُس کا ایک رنگ بھی ہو، جو تازہ یا متغیر خون کی موجودگی کے باعث پیدا ہوجاتا ہے، اور خون کی مقدار اور حالت کے لحاظ سے سیاہی مائل بھورا،
522 گہرا بھورا، پورٹ شراب کے رنگ کا، گلابی، یا واضح طور پر سرخ ہوسکتا ہے۔ بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ دم بولیت موجود ہو، اور اُس کے ساتھ البیُومین بولیت اِس سے زیادہ نہ ہو جتنی کہ خون کی موجودگی کی طرف منسوب ہوسکتی ہے (نزفی التہاب گردہ =hæmorrhagic nephritis)- ایسی اصابتوں میں پیشاب کا حجم اکثر کم نہیں ہوتا۔

بالکل ابتداء ہی میں نبض سخت ہوجاتی ہے اور خون کا دباؤ مرتفع ہوکر بعض اوقات ۱۸۰ ملی میٹر تک پہنچ جاتا ہے۔ یہ ارتفاع صبح کی نسبت شب کو زیادہ ہوتا ہے اصواتِ قلب میں ترمیم ہوجاتی ہے۔ پہلی آواز (انکماشی) کی شدت زیادہ ہوجاتی ہے، اور دوسری آواز (قاعدۂ قلب پر) کی بھی تفخیم واقع ہوجاتی ہے، یا اُس کی نوعیت جھنکار جیسی ہوتی ہے۔

ممکن ہے کہ مریض کو بے کیفی محسوس ہو، اُس کی تپش کسیقدر بلند ہو۔ عدم اشتہا، اور عموماً قے ہوتی ہے۔ دردِ سر کی شکایت ہوتی ہے۔ ممکن ہے شراسیف پر درد ہو، جس کے ہمراہ قے ہو لیکن راقم الحروف کا خیال ہے کہ وہ درد جو کہ گاہے کوکھوں میں بیان کیا جاتا ہے، حاد التہاب حوض الکلیہ والکلیہ پر دلالت کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ عدم دمویت موجود ہو۔ پھر ایک ایسی علامت تھی جو خندقی التہاب گردہ میں بیشتر اوقات دیکھی گئی۔ ممکن ہے کہ بعض اصابتوں میں یہ علامت پھیپھڑوں کے اُذیما کے باعث پیدا ہوئی ہو۔ شدید اصابتوں میں قلب تسع ہوجاتا ہے، اور ممکن ہے کہ صدم القلب باہر کی طرف ہٹ جائے۔

حاد التہاب گردہ میں یوریا دمویت ۔ ممکن ہے کہ اُن اصابتوں میں جن میں اُسرالبول زیادہ ہو، یوریا دمویت طاری ہو جائے ۔ (۱) ممکن ہے کہ یہ اپنے حیاتی کیمیائی تغیرات کے لحاظ سے اُس یوریا دمویت سے مشابہ ہو جو ثانوی منقبض گردے کے ساتھ ہوا کرتی ہے، اور جسے یوریا دمویت کی مزمن یا نہاکتی قسم (asthenic type) کہتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 580)۔ (۲) لیکن یوریا دمویت کی ایک دوسری خاص قسم ہے، جسے حاد یا قوی قسم (acute or sthenic type)، یا بعض اوقات انشناجی (eclamptic)، یا تشنجی حاد یوریا دمویت (convulsive acute uraemia) کہتے ہیں، جو حاد التہاب گردہ کی نہایت ممیز خصوصیت ہے، اور جس کے ساتھ خون میں یوریا یا فاسفیٹ کا زیادہ احتباس نہیں ہوتا ۔ اِس قسم میں دردِ سر اور قئے زیادہ شدید ہو جاتے ہیں، نبض سست ہوتی ہے، ممکن ہے کہ چین اسٹوکسی تنفس موجود ہو، اور تشنجات بھی ہوتے ہیں ۔ دورانِ جنگ میں خندقی التہاب گردہ کے تجربہ سے ظاہر ہوا کہ یہ علامات دماغی اُذیما کی وجہ سے تھے، کیونکہ یہ ہمیشہ قطنی کچوکے سے موقوف کیے جا سکتے تھے اور دماغی نخاعی سیال پر بہت زیادہ دباؤ تھا ۔ تشنجات کا سبب جمجمہ کی اندرونی جانب کے ساتھ دماغ کا مضغوط ہو جانا ہے ۔ خون کے دباؤ کا ثانوی ارتفاع واقع ہو جاتا ہے ۔ یہ خیال کیا گیا ہے کہ اِس قسم کی یوریا دمویت کلورائڈ کے احتباس کی وجہ سے ہوتی ہے (13)۔ اِس کے حملے معمولی صرع (epilepsy) کے حملوں سے نہایت قریبی مشابہت رکھتے ہیں ۔ اِس میں اکثر ایک مختصر سا تنشی درجہ ہوتا ہے، اور پھر جوارح، چہرے، آنکھوں اور دھڑ کے تمام عضلات کے رجفی تشنجات (clonic convulsions) ہوتے ہیں ۔ بیہوشی طاری ہو جاتی ہے، چہرہ کبود ہوتا، منہ میں جھاگ ہوتا ہے، ممکن ہے کہ ریق خون آلود ہو، اور پتلیاں متسع ہوتی ہیں ۔ چند منٹ کے بعد یہ تشنجات زائل ہو جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ مریض کو فوراً ہوش آ جائے، اور پھر اُس کی عام حالت میں اصلاح شروع ہو جائے، کیونکہ تشنجات ہمیشہ ہی غیر موافق امارت نہیں ہوتے ۔ دوسری اصابتوں میں مریض پر قوما کی حالت طاری ہو جاتی ہے، جو ممکن ہے کہ پھر تشنجات میں متبدل ہو جائے، اور یہ تشنجات کامل قوما کے وقفوں کے ساتھ مکرر ہوتے رہتے ہیں اور ممکن ہے کہ ایسے کامل قوما کی حالت ہی میں مریض مر جائے ۔ تشنج کے دوران میں مریض کا تنفس تیز،

اور نبض صغیر و سریع ہوتی ہے۔ تپش مختلف ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ ۱۰۴ درجہ یا زائد تک پہنچ جائے۔ ممکن ہے کہ واقعات کی یہ ترتیب زمانی کئی بار مکرر واقع ہو۔ اگرچہ یکہ صرعی الشکل حملہ اس قسم کی یوریا دمویت کا مشہور و معروف ظہور ہے، تاہم یہ اکثر غیر موجود ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ صرف درد سر اور قئے موجود ہو، اور عارضی محدود المقام شللات یا فالج نصفی اور ہم آئین نیم بصری (homonymous hemianopia) یا کامل نابینائی ہو (یوریا دمویتی کمنت = uræmic amaurosis)۔ ممکن ہے کہ آخر الذکر ایک سے تین دن تک رہے، اور اکثر بالکل رفع ہو جاتی ہے۔ چونکہ حدقی تعاملات غیر متأثر رہتے ہیں، لہذا غالباً یہ نابینائی اعلےٰ بصری مراکز کے انضغاط کے باعث پیدا ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ صمم بھی دیکھنے میں آئے، اور ہذیان یا مانیا موجود ہو۔ یہ مختلف مظاہر اکثر تشنجات سے پہلے یا بعد میں ہوتے ہیں۔

عینی تغیرات (ocular changes)۔ حاد التہاب گردہ کی اصابتوں کی اکثریت میں شبکیہ کے اندر کوئی تغیرات دیکھنے میں نہیں آتے، بجز چھوٹے چھوٹے کم و بیش مدور نزفات کے، جو کہ ان اشخاص میں بھی واقع ہونے کا رجحان رکھتے ہیں جن کی صحت کمزور ہو رہی ہو۔ فاسٹر مور (Foster Moore) نے خندقی التہاب گردہ کے ۱۱۹ مریضوں میں سے صرف ۵ مریضوں میں متعین تغیراتِ چشم پائے، جو آغاز مرض کے تقریباً دو ماہ بعد نمودار ہوئے۔ ان مریضوں میں خون کا دباؤ اس سے زیادہ بلند (اوسط ۱۸۰ ملی میٹر) تھا، کہ جتنا باقیماندہ مریضوں میں تھا (اوسط ۱۴۳ ملی میٹر) 523
یہ تغیرات شبکیہ کی پشت پر ارتشاحات کی صورت میں تھے، جن کی وجہ سے اکثر شبکیہ کی علٰحدگی واقع ہو گئی تھی۔ یہ ارتشاحات شاحب، نرم کور والے، بجئے کی شکل کے اورام پائے گئے جو بعض مثالوں میں نصف قطری ترتیب میں ایک ستارہ بناتے تھے۔ ازاں بعد جب یہ ارتشاحات زیادہ وسیع ہو گئے تو یہ اورام باہم گھل مل کر ایک ہو گئے۔ نزفات بھی موجود تھے، اور ارتشاحات کی وجہ سے قرص بصری کی کوریں مبہم یا دھندلی ہو گئی تھیں (التہابِ حلیمۂ بصری = papillitis)۔ شدید اصابتوں میں قرص کا ورم اسقدر نمایاں ہوتا ہے کہ شبکیتی عروق کو بالکل چھپا دیتا ہے، اور یہ حالت دماغی سلعہ کے تہیج حلیمہ (papillœdema) سے مشابہ ہوتی ہے۔ زیادہ اکثر ایک خفیف سا

اُبھار ہوتا ہے، لیکن منتشر عتمیت آس پاس کے شبکیہ پر دور تک پھیل جاتی ہے - یہ مختلف تغیرات مزمن منخفض الالتہاب گردہ میں زیادہ اکثر دیکھے جاتے ہیں - اِن کا سبب سمّی فعل سمجھا جا سکتا ہے - ماسبق التہاب سے شبکیہ اور حلیمہ کا ذبول واقع ہو سکتا ہے - ملاحظہ ہو صفحہ ۱۴ -

ممر - مریضوں کی اکثریت میں یوریا دمویت تشنجات بالکل ہوتے ہی نہیں - چند دنوں یا ایک دو ہفتوں کے بعد حالت میں اصلاح شروع ہو جاتی ہے، اکثر بالکل ناگہانی طور پر - جوں جوں استسقاء غائب ہوتا جاتا ہے، پیشاب کا حجم بہت بڑھتا جاتا ہے - خون کا دباؤ گر کر طبعی ہو جاتا ہے - البیومین اور خون زیادہ تدریجی طور پر غائب ہوتے ہیں، اور اُن کی تھوڑی تھوڑی مقداریں ہفتوں بعد تک خارج ہوتی رہتی ہیں -

لیکن حاد التہاب گردہ کا مرکئی طریقوں سے نسبتہً کم موافق ہو سکتا ہے - مریضوں کے تھوڑے تناسب میں یوریا دمویت کی وجہ سے موت بہ سرعت واقع ہو جاتی ہے -

دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ علامات جاری رہیں - یہ پہلے ہی بیان کیا گیا ہے کہ حملۂ حاد کے دوران میں تمام کلوی وظائف میں خلل واقع ہو جاتا ہے، لیکن اِن میں بعض وظائف کی بحالی پہلے ہوتی ہے - بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ ادرارِ بول جلد ہو کر اُذیما غائب ہو جائے، لیکن مریض پھر بھی بیمار رہتا ہے - خون کے اندر یوریا کی فیصدی مقدار زیادہ رہتی ہے، یا اگر یہ بہت زیادہ مرتفع نہ ہو، تو گردوں کی یوریا کے ارتکاز کرنے کی قوت ناقص ہوتی ہے - پیشاب کے اندر ڈایاسٹیس کم ہوتا ہے - پیشاب کا حجم طبعی یا بڑھا ہوا ہوتا ہے - اُس میں البیومین موجود ہوتا ہے، لیکن زیادہ بڑی مقداروں میں نہیں - یہ ہے آزوت دمویتی قسم (azotæmic type) کے التہاب گردہ کی تصویر، اور بالآخر اِس سے ثانوی منقبض گردہ پیدا ہو جاتا ہے -

اِس کے برعکس ممکن ہے کہ اُذیما جاری رہے - خون کے اندر یوریا کی فیصدی مقدار جلد ہی طبعی ہو جاتی ہے - پیشاب کا حجم کم ہوتا ہے، لیکن البیومین کی فیصدی مقدار زیادہ ہوتی ہے - ایسی اصابتیں التہاب گردہ کی آب دمویتی قسم (hydræmic type) کی نوعیت رکھتی ہیں، اور اُن کے لئے داء الکلیہ (nephrosis) کی اصطلاح اِس مفروضہ کی بناء پر استعمال کی گئی ہے کہ اُن میں ثانوی منقبض گردے کے ساتھ قلبی

بیش پرورش وغیرہ کی حالت کی طرف ترقی کرنے کا کوئی رجحان نہیں ظاہر ہوا، اور یوریا کا ارتکاز طبعی تھا۔ لیکن اِس امتیاز کی کوئی معقول وجہ نہیں، اور راقم الحروف نے ایک تمثیلی اصابت میں دیکھا ہے کہ "یوریا کی برآمد کی شرح" اور "دموی یوریا کا انخلاء" طبعی درجہ سے کم تھا، اگرچہ "یوریا کا ارتکاز" بظاہر بلند درجہ کا تھا۔ یہ اصابت بالآخر تحت الحاد گویکی انبوبی التہاب گردہ کی اصابت بن جاتی ہے۔

اور دوسری اصابتوں میں اُذیما اور بولی علامات رفع ہو کر بالکل صاف ہو جاتے ہیں۔ صرف خون کے دباؤ کی بلندی باقی رہتی ہے لیکن کوئی کلوی خرابی نہیں ہوتی۔

بالآخر، دو اور گروہ ہیں:۔ اِن میں سے ایک میں سمانک یا کلوی خرابی کے امارات کے بدوں ایک رستے گردے (leaky kidney) سے مسلسل خفیف البیومین بولیت ہوا کرتی ہے۔ دوسرے میں مریض سالہا سال بعد تک وقفہ دار نزفی التہابِ گردہ (intermittent hæmorrhagic nephritis) میں مبتلا رہتا ہے، لیکن اِس میں بھی کلوی خرابی کے کوئی امارات موجود نہیں ہوتے، اور مرض کا حملہ زکام یا کسی دوسری حاد سرایت کے باعث پیدا ہو جاتا ہے (17)۔

تشخیص۔ اِس میں شاذ ہی کوئی دقت پیش آتی ہے۔ ایک ایسے شخص میں جو پہلے بالکل تندرست تھا، یا قرمزیہ یا دوسری کسی تپ کے بعد شفایاب ہو رہا ہے، استسقائے عمومی کا یکایک ظہور، جس کے ساتھ البیومین بولیت یا دم بولیت بھی ہو، شاذ ہی غلطی سے کوئی دوسری چیز سمجھا جا سکتا ہے۔ اگر کسی حاد مرض کے دوران میں صرف یہ ہو کہ البیومین کی قلیل مقدار پائی جائے، تو ممکن ہے کہ یہ سرحلہ کے ایک تغیر کے باعث ہو، جو عموماً التہابِ گردہ نہیں خیال کیا جاتا، اگرچہ وہ اُس حالت سے دراصل مختلف نہیں ہوتا جو تمثیلی اصابتوں میں حقیقۃً واقع ہوتی ہے۔ حوضی کلوی التہاب (pyelonephritis) میں اکثر کوکھ میں بہت درد، اور پیشاب کے اندر قیحی خلیے موجود ہوتے ہیں، لیکن البیومین بولیت خفیف سی ہوتی ہے۔

انذار۔ مجموعی حیثیت سے یہ موافق ہوتا ہے، کیونکہ ۶۰ اور ۷۰ فیصدی کے
124 درمیان مریض کلی طور پر شفایاب ہوتے ہیں (17)۔ ناموافق دلالتیں یہ ہیں:۔ حد سے زائد استسقاء، نہایت قلیل المقدار بولی یا اُسر البول، خون میں یوریا کی زیادتی، نبض کا

بہت زیادہ تناؤ، نہاکتی یوریا دمویت، یا وہ آخری حالت جبکہ نبض ضعیف کے ہمراہ صریحی فشل پذیر قلب، اور استسقاء الصدر (hydrothorax)، اور مصلی التہابات ہوتے ہیں لیکن ان خطرناک خطرات میں سے شاذ ہی کوئی ایسا ہوتا ہے کہ جس سے شفا نہ ہو جاتی ہو، اور بعض اوقات ممکن ہے کہ مریض مہینوں تک لبِ گور رہنے کے بعد بھی بالآخر بالکل اچھا ہو جائے۔ نزفی التہابِ گردہ کا انذار اچھا ہوتا ہے، کیونکہ قیاساً گردوں میں سے خون کا آزاد سیلان ہوتا ہے۔

تحریز ۔ یہ پایا گیا ہے کہ حمیٰ قرمزیہ کی نقیہیت کے دوران میں قلویات کا استعمال (روزانہ ۲۰۰ گرین تک) بیشتر اصابتوں میں التہابِ گردہ کے حملہ کو روک دیگا، اور حاد التہابِ لوزہ میں بھی، جب التہابِ گردہ کا خطرہ ہو تو اسی تحریزی تدبیر کا اختیار کرنا بہتر ہے (86)۔ اس امر کی کچھ شہادت موجود ہے کہ اگر کوئی عفونتی مرکز مل جائے، تو اس کا استیصال کرنے سے آئندہ حملے رک جاتے ہیں (87)۔

علاج ۔ بستر میں آرام اور گرمی پہنچانا ضروری ہیں۔ مختلف اغذیہ کی سفارش کی گئی ہے۔ معمولی غذا دودھ، نشاستہ آمیز اغذیہ، پھلوں اور سبزی ترکاری تک محدود رکھی جاتی ہے، اور سیال کا حجم، اس دودھ کے ۱ - ۱½ پائنٹ تک محدود رکھا جاتا ہے جو کہ دیا جاتا ہے۔ بعض طبیب، ابتدائی درجوں میں، غذا کو پروٹین کلورائڈ اور سیال کے لحاظ سے نہایت شدت کے ساتھ محدود کر دیتے ہیں اس امید میں کہ جلد ہی ادرارِ بول ہو کر شفا ہو جائیگی۔ پہلے ایک یا دو دن، ایک بچے کے لئے ۱½ پائنٹ پانی میں گلوکوس دیا جا سکتا ہے، اور اس کے ہمراہ شکر جَو (barley-sugar) چوسنے کے لئے زائد دی جاتی ہے۔ اس کے بعد پھل، سبزیاں اور بعض اناج، اور بے نمک رسک (rusks)، مکھن، بالائی اور مربہ (jam) دئے جاتے ہیں۔ پیشاب کو ذرا قلوی رکھنے کے لئے سوڈیم بائی کاربونیٹ اور پوٹاسیم سائٹریٹ (مساوی مقداروں میں) کی شکل میں کافی قلیات لینے کی ہدایت کر دینی چاہئے۔ پیاس کو بجھانے کے لئے کافی سیال دینا چاہئے، اگرچہ جس وقت نمایاں اذیما موجود ہو پیاس غالباً تکلیف دہ نہیں ہوتی ایک دوسرا طریقہ یہ ہے کہ تازہ پھل اور سبزیاں مثلاً کچے ٹماٹر اور کچی گاجریں دی جائیں (شروع میں بغیر پانی کا اضافہ کئے)، اور جونہی کہ اذیما کم ہو جائے، تین انڈوں کی زردی، شکر

اور نارنگی کے رس کے ہمراہ ملاکر، اور گوشت، بشمول جگر کے، اور پھر بے نمک رسک (rusks) اور مکھن دیا جائے (38)۔ دیگر طبیبوں نے اس کے بالکل برعکس یعنی بلند پروٹینی غذا [گوشت، مچھلی، چوزہ، انڈے، پلازمان (plasmon)] دینے کی ترکیب آزمائی ہے تاکہ تحول میں پیدا ہونے والے یوریا کا مدرالبول اثر حاصل ہو، یا شہد اور پھل کے رس کے ہمراہ پینے کے لئے زائد یوریا دیا گیا ہے۔ اس غذا کے ہمراہ قلی بھی دینی چاہئے جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے۔

دورانِ نقاہت میں خون کی حالت بحال کرنے کے لئے لوہا دینا چاہئے لیکن اُسے ابتدائی درجوں میں استعمال کرنا اچھا نہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 481)۔ استسقاء کے علاج پر بعد میں غور کیا جائیگا۔ جہاں لوزتین عفونتی ہوں ان کا استیصال کردینا مناسب ہے، اور یہ حاد التہاب گردہ کے دوران میں کامیابی کے ساتھ انجام دیا گیا ہے۔ دوسرے عفونتی مرکزوں کا بھی تدارک لازم ہے۔

حاد یوریا دمویت۔ اِس کا پیش خیمہ خون کے دباؤ کا ارتفاع ہے جس کے متواتر مفروآت حاصل کرنا مناسب ہے۔ اکثر بازو کی فصد لینے سے تشنجات نہ ہونے پائینگے، اور ۱۰ تا ۲۰ اونس خون بلاخطر نکالدیا جاسکتا ہے، اگرچہ بالعموم شدید کلوی مرض کے مریضوں کا زیادہ خون ضائع نہیں ہونا چاہئے تشنجات کو روکنے کا ایک مفید طریقہ قطنی کچوکا ہے۔ یہ امر خندقی التہاب گردہ میں واضح طور پر ثابت ہوگیا ہے لیکن جیسا کہ دماغی سلعہ میں ہوتا ہے، سوراخ کلاں کے مقابل ایک فشاری مخروط بنجانے سے ناگہانی موت واقع ہوجانے کا کیقدر خطرہ ہوتا ہے۔ ایک جدید طریقہ علاج میگنیسیم سلفیٹ کا ۲۵ فیصدی محلول دروں وریدی طور پر مشرب کرنا ہے، جس کی معتاد، وزن جسم کے ہر کلو میٹر کے پیچھے ۲ مکعب سنٹی میٹر ہوتی ہے۔ ۵۰ فیصدی گلوکوس دروں وریدی طور پر مشرب کرنے سے خون کا ولوجی دباؤ زیادہ ہوکر دماغی اذیما کا ازالہ کیا جاسکتا ہے۔ متذکرہ بالا طریقوں کی تکمیل کے لئے مسکن ادویہ یعنے کلورل ہائیڈریٹ (chloral hydrate) ۵ تا ۱۵ گرین براہِ دہن، ہر چوتھے گھنٹے یا ۳۰ گرین براہِ مستقیم، یا کلوروفارم کے چند کشوں کا استعمال کیا جاسکتا ہے تشنجات کے وقت مریض کی زبان کی حفاظت کے لئے اُس کے دانتوں کے درمیان لکڑی کا

ایک کنارہ رکھ دینا چاہیے، اسطرح جسطرح کہ صرع میں کیا جاتا ہے۔

حاد مرکزی التہاب گردہ۔ حاد التہاب گردہ کی یہ قسم اب تسلیم کر لی گئی ہے، اور اس میں گردہ میں خلیتی دار تغیرات واقع ہوتے ہیں، جن کے نتیجہ کے طور پر دم بولیت اور البیومین بولیت اور سبائک پائے جاتے ہیں، لیکن صحت مند بافت کی تہی کافی وسعت باقی رہتی ہے کہ تمام اخراجی وظائف انجام پاتے رہتے ہیں اور اس لئے اذیما یا دوسرے علامات نہیں پیدا ہوتے۔ حاد التہاب لوزتین کی "حموی البیومین بولیت" اس مرض کی مثال ہو سکتی ہے۔ فوری انذار نہایت عمدہ ہوتا ہے، لیکن اس امر کا اطمینان حاصل
کرنا ناممکن ہوتا ہے کہ کہیں یہ مرض ثانوی منقبض گردہ کی ابتداء نہ ثابت ہو۔ علاج وہی ہے 525
جو کہ حاد منتشر التہاب گردہ کا ہے۔ "مرکزی التہاب گردہ" کے نام سے شاید یہ مترشح ہو کہ یہ مرض لوزتین کی مرکزی عفونت وغیرہ کے باعث پیدا ہوتا ہے لیکن اس اصطلاح کو ان معنوں میں استعمال نہیں کیا جاتا۔ لازماً مرکزی عفونت سے حاد منتشر التہاب گردہ یا حاد مرکزی التہاب گردہ دونوں پیدا ہو سکتے ہیں۔

تحت الحاد گویکی انبوبی (سمی) التہاب گردہ

[subacute glomerulo-tubal (toxic) nephritis]

مزمن سنخیتی یا انبوبی التہاب گردہ

(chronic parenchymatous tubal nephritis

بڑا منقط یا سپید گردہ **(large mottled or white kidney)**

• اسباب۔ التہاب گردہ کی یہ منتشر قسم درجۂ حاد کے نتیجہ کے طور پر پیدا ہو سکتی ہے۔ لیکن بعض اوقات اس کا آغاز اسقدر غیر محسوس طور پر ہوتا ہے کہ تشخیص ہونے سے پہلے ہی گردے میں التہابی تغیرات اس درجۂ نمو تک پہنچ جاتے ہیں۔

مرضی تشریح۔ بڑا منقط یا سپید گردہ **(large mottled or white kidney)** اس لحاظ سے موسوم ہوتا ہے کہ اس میں نزفات غالب ہیں یا شحمی تغیرات۔ دونوں گردے ملا کر ۸۰۰ گرام وزن کے ہوتے ہیں۔ اکثر ان کا وزن ۵۰۰ گرام ہوتا ہے۔ ان کی سطح چکنی ہوتی ہے، اور کیسہ بآسانی اتر آتا ہے۔ یہ سطح زردی مائل یا ارغوانی مائل

سپید رنگ کی ہوتی ہے، اور وریدکوں سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، جو ایک مرکزی نقطہ سے متشعع ہوتی ہیں (اُوردہ نجمیہ = stellate veins)۔ تراشنے پر، قشرہ معمول کی نسبت زیادہ چوڑا ہوتا ہے، اُس کا رنگ وہی ہوتا ہے جو سطح کا اور ساتھ ہی اُس میں موٹے تخطط کا منظر ہوتا ہے، لیکن اہرام کم و بیش سیاہ سرخ ہوتے ہیں۔ نزف کے باعث کہیں کہیں سرخ داغ ہوتے ہیں۔ خوردبین کے نیچے گوبکیں بترقی التہاب کا ثبوت دیتی ہیں گوبکوں کا تکاثری التہاب موجود ہوتا ہے، جس میں گچھے کا صحیح تفصفص ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ گچھا متورم ہو۔ گچھوں اور کیسہ کے مابین انضمامات ہوتے ہیں۔ کیسہ کو استر کرنے والے درخلی خلیتوں کے تکاثر سے ایک نیم قمر (demilune) بنجاتا ہے، اور ممکن ہے کہ گوبک کا درونہ جزءً یا کلاً مطموس ہوجائے۔ ممکن ہے کہ گچھا بالآخر کلاً یا جزءً زجاجی بنجائے۔ یہ زجاجی تنخر، ساری التہابِ دروں قلبہ کے مرکزی سدادی التہابِ گردہ سے بالکل مختلف ہوتا ہے۔ ملتف اُنبیبیات میں نمایاں تغیرات ویسے ہی دیکھے جاتے ہیں جیسے کہ حاد التہابِ گردہ میں بیان ہوچکے ہیں۔ قشرہ کے سپید یا رمادی رنگ کی توجیہ یہ ہے کہ غیر شفاف مادہ سے سانچے بن کر انبوبات کو متمدد کردیتے ہیں، جو عروق کو مضغوط کرتے ہیں۔ رختکی بافت کی زیادتی، جو کچھ تو اُذیما ہے اور کچھ لیفی ناہضات کے فعال تکاثر کے باعث ہوتی ہے، قشرہ کے طول و عرض میں وسیع طور پر منتشر ہوتی ہے اور بین انبوبی بافت بیقاعدہ طور پر سپید خلیتوں سے دَرریختہ ہوتی ہے۔

علامات۔ اگر گوبکی اُنبوبی التہاب گردہ کا یہ درجہ ایک حاد حملہ کے بعد فی الفور واقع ہوجائے تو پیشتر بیان کردہ علامات، یعنی استسقاء عمومی، مصلی کہفوں میں انصباب، اور قلیل البیومنی بول جاری رہتے ہیں۔ دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ حاد حملہ سے بظاہر شفا ہوکر کچھ وقفے کے بعد علامات مکرر نمودار ہوجائیں۔

اُن اصابتوں میں، جن میں حملۂ مرض غیر محسوس طور پر ہوتا ہے، شحوب، عدمِ اشتہا، متلی، دردِ سر اور متواتر تبول پہلے امارات ہوتے ہیں، اور پھر ممکن ہے کہ شب کے وقت جوارحِ زیرین میں اور صبح کے وقت پپوٹوں میں اذیما دیکھا جائے۔ استسقاء بتدریج بڑھ جاتا ہے۔

ترقی یافتہ اصابتوں میں اِستسقاء عمومی ہوکر سارے جسم کی جلد اُذیمائی ہوجاتی ہے

چہرہ بھرا ہوا اور گول ہو جاتا ہے، پپوٹے پھولے ہوئے ہوتے ہیں اور آنکھوں کو تقریباً بند کر دیتے ہیں۔ جوارح بڑے اور بدشکل ہو جاتے ہیں اور لمبے گاؤ تکیوں کی مانند نظر آتے ہیں۔ دھڑ بڑا ہو جاتا ہے۔ قضیب و صفن کی ڈھیلی جلد ایسی تن جاتی ہے کہ غلفہ ایک پھکنے کی طرح نظر آتا ہے، اور ممکن ہے کہ صفن کی جسامت جنین کے سر کے برابر ہو جائے۔ جہاں کہیں خفیف سا دباؤ پڑتا ہے، مثلاً طبیب کی انگلی سے، یا بندوں، ڈوریوں، یا لباس کے شکنوں سے، تو وہ سیال کو ہٹا کر ایک گہرا نشان پیدا کر دیتا ہے، جو سیال کی واپسی سے محض آہستہ آہستہ مٹتا ہے۔ اسی کو تنقیر عند الضغط (pitting on pressure) کہتے ہیں۔ اس کے علاوہ استسقاء کی توزیع پر جاذبہ کا اثر نظر آنا ممکن ہے، کیونکہ اگر مریض زیادہ عرصہ تک ایک ہی کروٹ سے لیٹا رہے تو اس جانب کا ہاتھ، دوسرے ہاتھ کی نسبت جو اوپر ہے، زیادہ متورم ہو جائیگا! اور یہی حال چہرے کی اس جانب کا ہوگا۔ جب یہ استسقاء عمومی یا استسقائے کُلّی موجود
520 ہوتا ہے تو بالعموم کچھ انصباب کہفۂ باریطونی کے اندر (استسقائے شکمی =ascites)، سینہ کی ایک جانب یا زیادہ اکثر دونوں جانبوں میں (استسقاء الصدر =hydrothorax، یعنی پلیورا کا استسقاء) اور شاید تامور کے اندر بھی موجود ہوتا ہے۔ ان میں سے استسقائے شکمی شاید سب سے زیادہ اکثر شناخت ہو جاتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ تاموری اور پلیورائی انصبابات مقابلتہً خفیف سے ہوں۔ ممکن ہے کہ پھیپھڑوں کا اُذیما موجود ہو، جو کوئی طبیعی امارات نہیں پیدا کرتا البتہ بُہر پیدا کر دیتا ہے۔ اور ممکن ہے بلعوم اور حنجرہ کا اُذیما بھی ہو۔ جیسا کہ حاد گویکی اُنبوبی التہاب گردہ میں ہوتا ہے، یہ مریض بھی کبھی کبھی دماغی اُذیما کی وجہ سے حادیویا دمویت میں مبتلا ہو جاتے ہیں۔

اگر جلد کے اندر شگاف دئے جائیں، یا اگر ساؤدی (Southey) کے ایک یا دو میل انبوبات لگا دئے جائیں تو سیال کی ایک مقدار بہہ کر خارج ہو گی، جو ممکن ہے کہ چند ہی گھنٹوں میں ۸ یا ۱۰ پائنٹ کے قریب ہو جائیگی، اور استسقائی جوارح بہ سرعت نسبتہً چھوٹے ہو جائینگے۔ یہ سیال بے رنگ ہوتا ہے، اس کی کثافت نوعی پست (۱۰۰۷ تا ۱۰۱۲) ہوتی ہے، اور اس میں البیومن کی تھوڑی مقدار، غیر نامیاتی نمکیات، اور یوریا موجود ہوتے ہیں۔ ایک خاصہ جو کلوی استسقاء میں ہمیشہ موجود ہوتا ہے یہ ہے کہ نہایت بلند درجہ کا شحوب پیدا ہو جاتا ہے، جس کی وجہ سے ہونٹ تقریباً بے رنگ، اور گال شاحب ہو جاتے ہیں، اور

سارے جسم میں ایک موم سی سپیدی موجود ہوتی ہے۔ یہ اکثر عدم دمویت کے باعث نہیں ہوتا، بلکہ جلد اور تحت الجلد بافتوں کے متمدد ہو جانے کی وجہ سے ہوتا ہے۔

سنخیتی التہاب گردہ میں پیشاب قلیل المقدار ہوتا ہے، اُس میں البیومن بہت زیادہ (فی ہزار حصہ ۲۰ یا ۳۰ حصے تک) ہوتا ہے، اور اُس میں جملہ اقسام کے سبائک موجود ہوتے ہیں۔ بڑے سپید گردے کی اصابتوں میں جن میں کلوی سرحلمہ کا زیادہ شحمی یا لپائیڈی انحطاط ہو گیا ہو، کثیر التعداد شحمی یا لپائیڈی سبائک موجود ہوتے ہیں۔ اِن کے ساتھ خون کے سپید خلیے، ڈھیلے سرحلمی خلیے، اور ذرّاتی ملبہ ہوتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں پیشاب میں بہت خون موجود ہوتا ہے۔

خون کے اندر کولیسٹرال زیادہ ہو جاتا ہے، لیکن یوریا نیز غیر پروٹینی نائیٹروجن) طبعی مقدار سے لیکر کامل یوریا دمویتی اعداد (مثلاً ۰.۱ فیصدی سے اوپر) تک اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ کہنہ اصابتوں میں ممکن ہے کہ قلبی عروقی تغیّرات اُسیطرح کے موجود ہوں جیسے کہ ثانوی منقبض گردے میں ہوتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں وہ شبکیتی تغیّرات بھی موجود ہوتے ہیں، جنکا تذکرہ حاد التہاب گردہ کے تحت کیا گیا ہے۔ شبکیہ کا وسیع اُذیما ممکن ہے کہ اس کی علٰحدگی واقع کردے۔

مزمن سنخیتی التہاب گردہ میں، اور اِسیطرح حاد التہاب گردہ میں بھی، مصلی جھلیوں میں التہاب پیدا ہو جانے کا رجحان ہوتا ہے۔ ذات الجنب عام ترین ہے۔ التہاب تامور (pericarditis) اکثر ایک مہلک خاتمہ کا پیش خیمہ ہوتا ہے۔ حاد التہاب باریطون شاید زیادہ شاذ ہوتا ہے، الّا یہ کہ وہ بزل شکم (tapping of the abdomen) کے بعد ہو جائے۔ التہاب شعبات ایک عام، اور التہاب دروں قلبہ (endocarditis) ایک اتفاقی پیچیدگی ہوتی ہے۔ اکثر خاتمہ کے قریب ذات الریۃ کا وقوع ہو جاتا ہے۔ تقرّحی التہاب قولون (ulcerative colitis) کسیقدر مخصوص و ممیز پیچیدگی ہے۔ جلد کے کئی ضررات مرض برائٹ کی پیچیدگی کے طور پر پیدا ہو سکتے ہیں، یعنے:- (۱) خارشش (pruritis) اور شری (urticaria)، اول الذکر بالخصوص ابتدائی درجات میں، (۲) اکزما (eczema)، (۳) حاد عمومی التہاب الجلد، جس کے ساتھ آزادانہ تقشر ہوتا ہے، جو تسلخی التہاب الجلد (exfoliative dermatitis) سے غیر مماثل نہیں۔ (۴) اِحمرار

(erythema) کی چکتیاں جو اِستسقائی جوارح کو ماؤف کر دیتی ہیں یا - (۵) سُرخ بادہ (erysipelas) - (۶) پر پھوُرا یا نزف ' جس کے بعد تنخر اور تقرح ہو - یہ حالتیں غذائی مخاطی اغشیہ میں بھی مشاہدہ کی گئی ہیں ' اور (۷) نہایت شاذ طور پر جلد کا منظر ایسا ہو جاتا ہے کہ گویا اُس پر آٹا یا پسی ہوئی شکر چھڑک دی گئی ہو - یہ غالباً پسینہ کی تبخیر کے باعث ہوتا ہے ' جس کے بعد جلد پر نمک کی قلمیں رہ جاتی ہیں -

مآل - مریضوں کی اکثریت میں یہ مرض مہلک ہوتا ہے - بیشتر اصابتوں میں موت کا سبب پیچیدگیاں ہوتی ہیں ' جیسی کہ ذات الجنب ' التہاب تامور ' ذات الریہ ' اُذیمائے شش ' اُذیمائے مزمار ' استسقائے مُفرط ' فشلِ قلب ' یا جلد کا التہاب یا اغشاء - اور موت عموماً چھ سے اٹھارہ مہینوں تک میں واقع ہو جاتی ہے ' اگرچہ بعض مریض تین یا چار سال تک زندہ رہتے ہیں - یوریمیت عموماً بذاتہٖ موت کا سبب نہیں ہوتی - چند مثالوں میں ممکن ہے کہ مرض رفع ہو کر بالکل غائب ہو جائے - کہنہ اصابتوں میں وہ مختلف تغیرات واقع ہو سکتے ہیں جو ثانوی منقبض گردہ کا ممیز خاصہ ہیں -

تشخیص - جب حاد التہاب گردہ متغیر ہو کر مزمن سنخیتی التہاب گردہ بنتا ہے تو یہ تدریجی طور پر ہوتا ہے ' چنانچہ اِن دونوں کے درمیان سریری طور پر تفریق کسی قدر مصنوعی ہوتی ہے - حاد مرض کی مدت عموماً چار سے چھ ماہ تک سمجھی جاتی ہے ' چنانچہ اگر مرض اِس سے زیادہ طویل عرصہ تک جاری رہا ہے تو مزمن سنخیتی التہابِ گردہ کی تشخیص کی جائیگی - اِسے ثانوی منقبض گردہ سے تمیز کرنے میں کوئی دقت نہ ہوگی - ممکن ہے کہ یہ چربشی مرض (lardaceous disease) یا مرضِ قلب کے ساتھ (جس میں البیومن بولیت موجود ہو) خلط ملط ہو جائے -
527 چربشی مرض سے اِسکی تفریق طویل المدت تقیح ' سل ریوی یا آتشک جیسے اسباب کی غیر موجودگی ' اور یا قلت بول اور بکثرت مطروحات کی موجودگی پر سے کی جاتی ہے - اِس میں اور مرضِ قلب میں بہت قریبی مشابہت ہو سکتی ہے ' بالخصوص جبکہ مرضِ قلب کی حالت میں اُذیما بہت زیادہ ہو - پیشاب میں بکثرت سانچوں کی موجودگی التہاب گردہ کی دلالت ہے - سرگذشتِ مرض ' استسقاء کی عمومی نوعیت ' اور البیومن کی مقدار کثیر ' یہ ایسے امور ہیں جن سے اوّل کلوی مرض کو ثانوی البیومن بولیت سے تمیز کرنے میں مدد ملیگی -

علاج - یہ دراصل حاد التہاب گردہ کے علاج سے مختلف نہیں - بستر میں آرام '

اور گرمی پہنچانا درحقیقت ضروری ہے۔ جہاں نائیٹروجن کا احتباس ہو، کسیقدر پست پروٹینی غذا ؤں کا استعمال، جیسا کہ آیندہ باب میں بیان کیا گیا ہے، قرین عقل ہے۔

اُذیما کا علاج کامیابی کے ساتھ اسطرح کیا گیا ہے کہ خون کے قلوی محفوظہ کو طبعی عدد تک بلند کرنے کے لئے کافی مقدار میں قلویات دی جاتی ہیں لیکن بعض امثلہ میں دشوار علاج ہوتی ہیں اور ان قلویات کا استعمال احتیاط اور خبرداری کے ساتھ کرنا چاہئے۔ مستعملہ قلویات چار نمکیات، یعنے پوٹاسیئم، سوڈیئم، بائی کاربونیٹ اور سائٹریٹ، کے ساوی حصوں کا آمیزہ ہیں، اور اِن کی روزانہ دی جانے والی مقدار کو ایک ہزار گرین یا زائد تک بڑھایا جا سکتا ہے۔ خون کے امتحانات بار بار کرنا مناسب ہے اور بعض اوقات اُذیما ابتدا زیادہ ہو جاتا ہے۔ کیفین (caffeine) اور تھیوبرومین (theobromine) سے احتراز کرنا ہی بہترین ہے۔

بعض اوقات غذا میں حتی الامکان نمک نہ دینے سے استسقا میں کمی ہو گئی ہے، جیسا کہ مرض برائٹ کے ہنگامی نظریہ میں خیال ظاہر کیا گیا ہے۔ بلکہ بعض اوقات نمک کی حد سے زائد مقداریں کھانے سے تندرست اشخاص میں اُذیما پیدا ہو گیا ہے، کیونکہ اِس صورت میں جسمانی سیال کو ہم تنشی رکھنے کے لئے پانی محتبس رہیگا۔ ایپسٹین (Epstein) کے نظریہ کے مطابق بھی علاج آزمایا جا سکتا ہے، اور اِس کی وساطت سے اُذیما کو کم کرنے اور ادرار کو بڑھانے میں حیرتناک کامیابی حاصل ہوتی ہے۔ غذا جو دیجاتی ہے، اُس میں پروٹین بہت افراط سے ہوتے ہیں، اور چربی تقریباً بالکل ہوتی ہی نہیں۔ تھوڑے کاربوہائیڈریٹ کے استعمال کی اجازت دیجاتی ہے۔ اِس میں حسب ذیل اجزا ہوتے ہیں:- بے چربی یا لاغر گوشت (lean meat)، خنزیر کی بے چربی یا لاغر ران (lean ham)، انڈے کی سپیدی، کستورا مچھلی (oysters)، جیلی یا فالودہ، مسور (lentils)، چھلے ہوئے مٹر، ہرے مٹر کے دانے (green peas)، چاول، چنے کا آٹا، ملائی اُتارا ہوا دودھ، قہوہ اور چاء، نمک اعتدال کے ساتھ، اور سیال کی مناسب مطلوبہ مقدار۔ اِس علاج سے فائدہ ہو سکتا ہے، نہ اِسوجہ سے کہ بلازما کے پروٹینز میں کوئی زیادتی ہو جاتی ہے، بلکہ اِسوجہ سے کہ اِس سے یوریا کی زیادہ مقدار پیدا ہو جاتی ہے، اور اِدرار بول پیدا کرنے کا اِس سے بھی زیادہ کارگر طریقہ یہ ہے کہ یوریا ۱۵ گرین کی معتاد و میں

براہ دہن دیا جائے۔ اس کی اغلب توجیہہ یہ ہو سکتی ہے کہ انبوبی سیال کا بڑھا ہوا یوریا فی نیچے کے سرے پر پانی کے کرر انجذاب میں مزاحم ہوتا ہے۔ جہاں نائٹروجن کا احتباس ہو، وہاں وافر پروٹینی غذا کے بجائے یوریا کا استعمال بہتر ہے، کیونکہ شاید وافر پروٹینی غذا یوریا دمویت کی ماسبق استعداد پیدا کر دیتی ہے۔ درقیتی علاج سے بھی کامیابی کا دعوے کیا گیا ہے، بالخصوص اس وجہ سے کہ یہ پایا گیا ہے کہ اساسی تحول اکثر پست درجہ کا ہوتا ہے۔

اُذیما کے علاج کے دوسرے طریقے، جو عرصۂ دراز سے معمولات مطب میں سے ہیں، ۲۰ - ۴۰ گرین مرکب سفوف جلاپہ (pulv, jalapæ co.)، سنا (senna) یا میگنیشیم سلفیٹ (magnesium sulphate) کے ذریعہ تسہیل ہے اور عرقیت ہے۔ عرقیت میں گرم پانی کی بوتلوں یا گرم ہوائی غسل (hot-air bath) سے مدد دینی چاہیئے۔ گرم ہوائی غسل دینے کا طریقہ یہ ہے کہ ایک پست غاطیہ (low cradle) کے ذریعہ بستر کے کپڑے مریض سے اوپر اٹھا کر انھیں اس کی گردن سے قریب اور آس پاس اور بستر کے دونوں طرف اور پائنتی جما دیا جائے۔ بستر کے کپڑوں کے اندر متعدد برقی روشنی کے گولے رکھے جاتے ہیں، یا ایک قیف کے نیچے (جس میں ایک نلی لگی ہوئی ہو جو کپڑوں کے اندر داخل ہوتی ہو) ایک اسپرٹ لیمپ جلایا جاتا ہے، اور اس طرح حرارت حاصل کی جاتی ہے۔ ۱۲۰ درجہ فارن ہائٹ پر پندرہ تا بیس منٹ کے لئے مریض کا تکشیف کرنا چاہیئے لیکن مریض کی نبض بھی دیکھ لینا چاہیئے کیونکہ ممکن ہے کہ پسینہ آزادانہ طور پر نہ آنے کی حالت میں وہ ناگوار طور پر بڑھ جائے۔ ایسی حالت میں مُعَرِّق دوا، نائٹریٹ آف پائلو کارپین (nitrate of pilocarpine) کا ($\frac{1}{6}$، $\frac{1}{4}$، یا $\frac{1}{3}$ گرین کی مقدار میں) تحت الجلد اِشراب کر دینا چاہیئے۔

انتہائی درجہ کے استسقاء میں، بالخصوص جہاں کہ جلد تنی ہوئی ہو اور اس کے ملتہب یا اغتاث پذیر ہو جانے کا خطرہ ہو، استسقائی سیال کو دافع عفونت حالات کے تحت، یا تو ایک نشتر سے چھوٹے چھوٹے شگاف دیکر یا ایک سوئی سے کچوکے لگا کر، یا انبوباتِ ساؤدی (Southey's tubes) استعمال کر کے، خارج کر دینا چاہیئے۔ انہیں کے دو یا زائد انبوبات ہر ٹانگ میں رکھدئے جائیں اور اس ذریعہ سے چند گھنٹوں میں کئی پائنٹ مصل نکالا جا سکتا ہے۔ عفونت کی روک تھام کرنے کے لئے چھ گھنٹہ کے بعد ان انبوبات کو نکال دینا چاہیئے، لیکن مسیلیت کچوکوں کی راہ سے جاری رہتی ہے مخفی گا ہے ما

انتہائی اصابتوں میں شکم کا بزل یا کہفۂ پلیورائی کا امتصاص ضروری ہوتا ہے ۔
528 کہنہ اصابتوں میں عدم دمویت کا تدارک حدیدی تجہیزات کے استعمال سے کرنا چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ 481)۔ زیادہ مزمن اصابتوں میں، جن میں البیومن بولیت تو ہو مگر استسقاء کم ہی ہو گرم آب و ہواؤں [جزائر برطانیہ میں بورن ماؤتھ (Bournemouth) یا ٹینبی (Tenby)، فرانس کے جنوبی حصے، اطالیہ، یا مصر] میں قیام سے فائدہ حاصل کیا جا سکتا ہے۔

مزمن مرض برائٹ کی اصابتوں کا علاج امریکہ میں ایڈی بولس (Edebohls) نے اسطرح کیا ہے کہ گردے کا تکشف کرکے اسکی کیسہ ربائی (decapsulation) کردی ہے اور پھر ان اعضا کی تثبیت کر دی ہے۔ لیکن اس جراحی علاج کا فائدہ نہایت مشکوک ہے اس کارروائی کے لئے تحتی التہاب گردہ کی اصابتیں موزوں ترین ہیں۔ عفن مرکزوں کا بھی استیصال کردینا چاہئے، اور جوفی سرایت (sinus infection) کا استیصال کرنے کے لئے خاص طور پر احتیاط و اہتمام کرنا چاہئے۔

مزمن گویکی انبوبی (سمی) التہاب گردہ

[chronic-glomerulo-tubal (toxic) nephritis]

(ثانوی منقبض گردہ = secondary contracted kidney)

اس قسم کے التہاب کو "ثانوی" کہنے کی وجہ یہ ہے کہ یہ گردے کے التہاب کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اسے اکثر کلیۂ منقبض سپید (contracted white kidney) یا کلیہ خرد سپید (small white kidney) اس وجہ سے کہتے ہیں تاکہ یہ کلیۂ سرخ ذراتی (red granular kidney) سے تمیز کیا جا سکے، جس کا بیان اس کے بعد آگے آئیگا۔ لیکن یہ طریقۂ تفریق اچھا نہیں، کیونکہ ثانوی منقبض گردہ (secondary contracted kidney) کی مزمن ترین قسم بھی، جو ادھیڑ عمر میں ہوتی ہے، سرخ رنگ کی ہوتی ہے۔ نسیجیاتی مطالعوں سے ظاہر ہو گیا ہے کہ مزمن گویکی انبوبی التہاب گردہ کی دو مختلف قسمیں ہوتی ہیں :-

(۱) منتشر قسم (diffuse type) (مزمن تیز التہاب گردہ (chronic
nephritis acris = میں، دو سال سے لیکر دس سال تک پہلے حاد یا تحت الحاد دمی التہاب گردہ
اور اس کے ساتھ بہت اڈیما کی موجودگی دیکھی گئی ہے، چنانچہ یہ گردہ قیاساً کچھ سالوں تک
جن کی تعداد مختلف ہوتی ہے حاد اور تحت الحاد ذوی انبوبی التہاب گردہ کے تحت بیان کئے
ہوئے مدارج کو طے کر چکا ہے۔ (۲) شبکی قسم (reticular type) (دبیب التہاب گردہ
nephritis repens =) میں ممکن ہے کہ مریض کو التہاب گردہ کا ایک حاد حملہ ہو چکا ہو
جو بظاہر بالکل اچھا ہو گیا ہو، اور بہت برسوں بعد ایسے علامات مشاہدہ میں آتے ہیں جو
ذراتی ذرے کے آخری درجوں پر دلالت کرتے ہیں۔ لیکن زیادہ اکثر کسی حاد مرض کی کوئی سرگذشت
بالکل نہیں ملتی، اور یقین کیا جاتا ہے کہ گردے کے تغیرات غیر محسوس اور تدریجی طور پر ایسے
مزمن التہاب سے پیدا ہو گئے ہیں جو سالہا سال تک جاری رہا ہے۔ اس قسم کے لئے
دبیب التہاب گردہ (nephritis repens) یا رینگنے والے التہاب گردہ کی
اصطلاح نسیجیاتی تصویر کی بنا پر تجویز کی گئی ہے، جس سے ایک التہابی تعامل اور ساتھ ہی
اس سے پیدا ہو جانے والا التہاب ترشح ہوتا ہے، جو غیر محسوس اور تدریجی طور پر گردے
کے طول و عرض میں رینگتا ہوا گیا ہے اور جس نے بعض حصوں کو غیر متاثر چھوڑ دیا ہے۔ دبیب
التہاب گردہ کی موٹی تقسیم دو گروہوں میں کی جا سکتی ہے۔ (الف) طفلی اور ابتدائی بالغ زندگی
کا دبیب التہاب گردہ۔ ان اصابتوں میں، اور اسی طرح مزمن تیز التہاب گردہ (ch.
nephritis acris) میں بھی، ایک مختلف المقدار صلابت الشریانی تغیر (وقف الدموی
التہاب گردہ = ischæmic nephritis) موجود ہوتا ہے، جیسا کہ بعد میں بیان کیا گیا
ہے، لیکن وہ عموماً نمایاں نہیں ہوتا، اور جنگی التہاب گردہ کی اصابتوں میں اس قسم کا گردہ
بلا کسی قلبی عروقی تغیرات کے پیدا ہو گیا ہے۔ شاذ مثالوں میں اس قسم کا دبیب التہاب گردہ
بچوں میں بیان کیا گیا ہے، جو کساحت (rickets) اور تصبّی (infantalism) کے ساتھ ساتھ
تھا۔ (ب) ادھیڑ عمر (۲۵ تا ۶۶ سال) (۱۵ مریضوں میں ۷ء۴۷ سال اوسط عمر) کا دبیب
التہاب گردہ بھی ہوتا ہے، جس میں التہابی عمل نہایت مزمن اور صلابت الشریانی عمل نہایت
نمایاں ہوتا ہے۔ خون کا دباؤ بہت بڑھا ہوا ہوتا ہے، اور اڈیما، جو اکثر موجود رہتا ہے،
فشل قلب کی ممیز توزیع رکھتا ہے (۲۹)۔ ممکن ہے کہ موت فشل قلب، دماغی نزف یا یوریمیا سے ہو

ہے، یا اِنکے اجتماع سے واقع ہوجائے۔ مندرجۂ ذیل سرسری بیان کا اِطلاق اِن اعصابتول پر نہیں ہوتا۔

مرضی تشریح۔ منتشر قسم میں گردہ طبعی ہوتا ہے یا قدرے مائل بہ جانب صِغر اُس کا کیسہ معتدل درجہ کی آسانی کے ساتھ اتارا جاسکتا ہے، اور سطح چکنی یا باریک ذرّے دار ہوتی ہے اور اُس میں غیر شفاف زرد لیپائڈ کے دھبے موجود ہوتے ہیں، جو تراشنے پر بالخصوص اچھی طرح نظر آتے ہیں۔ قشرہ اور لُب کا درمیانی خطِ فاصل دھندلا ہوتا ہے۔ خردبین سے دیکھنے پر گوبکیں مختلف درجہ کا تکاثری التہاب گوبک اور زجاجی تنخّرا ور تکاثری التہاب کیسہ ظاہر کرتی ہیں۔ بین رختکی بافت عموماً کثیف لیفیت کے رقبے ظاہر کرتی ہے، جو مذبول اُنبیبات کو محصور کرتے ہیں اور نسبتہً کم کثیف لیفیت کے چھوٹے چھوٹے جزیرے جو متسع اُنبیبات کو محصور کرتے ہیں۔ لمفی خلیوں، پلازمائی خلیوں اور نسبتہً کم تعداد میں کثیرالاشکال نواتی سپید خلیوں کی درریزش موجود ہوتی ہے۔ دبیب التہاب گردہ کا (شبکی قسم) کے گردے کا منظر جو خالی آنکھ سے نظر آتا ہے مختلف ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ وہ پہلے بیان کئے ہوئے منظر سے مشابہ ہو، یا ممکن ہے کہ یہ گردہ جسامت میں بہت کچھ گھٹا ہوا ہو اور ساتھ ہی اُس میں صریح دانے ہوں، اور بعض اقسام نہایت اندابی یا داغدار اور غیر منظم طور پر لخنک دار 529
ہوتی ہیں۔ تراشنے پر قشرہ شاحب اور لُب اکثر گلابی ہوتا ہے اور دونوں کا درمیانی خطِ فاصل دھندلا ہوتا ہے۔ لیپائڈی جماؤ اکثر صریح ہوتے ہیں۔ ادھیڑ عمر میں ملنے والی نہایت مزمن شکلوں میں رنگ سیاہ سرخ ہوتا ہے، چنانچہ خالی آنکھ کو یہ گردہ اُس متصلب الشرائین گردے سے مشابہ نظر آتا ہے جو اِس کے بعد بیان کیا گیا ہے۔ خردبین سے دیکھنے پر وہ لیفیتی رقبے، جن میں متضرر گوبکیں اور مذبول اُنبیبات موجود ہیں، گردے کے طول و عرض میں ایک موٹے شبکی طرز میں پھیلے ہوئے نظر آتے ہیں، اور وہ اُن بڑے جزیروں کو گھیرے رہتے ہیں جن میں متسع اُنبیبات موجود ہوتے ہیں۔ آخرالذکر اُنبیبات تجدیدی بیش پرورشں کی بڑی مقدار ظاہر کرتے ہیں۔ لیپائڈی جماؤ اکثر دیکھنے میں آتے ہیں، اور بعض اوقات باقی ماندہ گوبکیوں کی بیش پرورشں بھی ہوتی ہے۔ لیفیتی رقبوں میں لمفی خلیات، پلازمائی خلیات اور چند کثیرالاشکال نواتی سپید خلیوں کی عمومی درریزش ہوتی ہے۔ منتشر اور شبکی، دونوں اقسام میں مختلف المقدار صلابت الشریانی تغیر (جس کی نوعیت آگے کے

باب میں بیان کی گئی ہے) عموماً موجود ہوتا ہے گو ہمیشہ نہیں۔ کہنہ اصابتوں میں اس تغیر کے زیادہ نمایاں ہونے کا رجحان ہوتا ہے۔

یہ واضح ہے کہ دبیب التہابِ گردہ اور مرضِ برائٹ کا منقبض زراقی گردہ دونوں ایک ہی ہیں۔ راقم الحروف عرصۂ دراز سے یہ یقین رکھتا ہے کہ ان گردوں کے چھوٹا ہونے کی یہ وجہ ہے کہ ان پر مرض کا حملہ طفلی ہی میں ہو جاتا ہے اس سے پہلے کہ یہ بالغ جسامت تک پہنچیں۔ اس رائے کی تصدیق مس رسّل کے مشاہدات سے ہوتی ہے (24)۔ چنانچہ اُس کے بیان کردہ سلسلہ میں جو گردے ہیں اگر ان کے اوزان کو جسمانی وزن یا قد کے مقابل درج کیا جائے تو کسی دئے ہوئے وزن یا بلندی کے لئے نوعمر بالغ کے گردے اس سے چھوٹے ہوتے ہیں کہ جتنے ادھیڑ عمر والوں کے گردے ہوتے ہیں، خواہ آخر الذکر گردہ میں مزمن ترین اصابتیں کیوں نہ شامل کر لی جائیں۔

امراضیات۔ مرض گردہ میں اخراجی وظیفہ کے نقصان کی تعویض جسم دو طریقوں سے کرتا ہے۔ اولاً، بیش پرورده قلب و منقبض شرائین کی وساطت سے شریانی دباؤ بڑھ جاتا ہے، چنانچہ متضرر گویچوں میں سے تقطیر دباؤ کے تحت واقع ہوتی ہے۔ ثانیاً، خون کے اندر یوریا کا ارتکاز زیادہ ہو جاتا ہے، جس کی وجہ سے گردے سے یوریا کے اخراج میں آسانی ہو جاتی ہے چنانچہ ایک توازن قائم ہو جاتا ہے، اور نائٹروجنی اشیاء کی برآمد، غذا میں ان کی مقدار کے ساتھ ٹھیک ٹھیک متناظر ہوتی ہے طبعی طور پر یوریا کا ارتکاز ۲۰ تا ۴۰ ملی گرام فیصدی ہوتا ہے لیکن اس مرض میں اسوقت جبکہ مرضا، اٹھکر چلتے پھرتے اور اپنا معمولی کام کاج کرتے ہوں، ۱۰۰ ملی گرام بلکہ اس سے بھی اوپر قدریں بارہا پائی جاتی ہیں۔ غذا کے پروٹین میں کوئی بھی بڑی زیادتی ہو جائے تو گردے پر زیادہ کام کا بار پڑ جاتا ہے، اور یہ زائد کام صرف اسطرح انجام دیا جا سکتا ہے کہ یوریا کا کسیقدر مزید احتباس کیا جائے، چنانچہ خون میں یوریا کی فیصدی مقدار اور بھی زیادہ بڑھ جاتی ہے۔ درآمد اور برآمد کے درمیان توازن پھر قائم ہو جاتا ہے کیونکہ گردے خون کے اندر یوریا کی بلند تر دہلیزی قدر (higher threshold value) کی موجبیت ظاہر کرنے لگتے ہیں۔ اس بیان سے غذا کے پروٹین کو محدود کرنے کی اہمیت فی الفور ظاہر ہوگی۔

اگر ضرر ترقی کرتا ہے تو خون کے اندر یوریا بلند سے بلند تر ہوتا جاتا ہے۔ یہی سوقت

بھی ہوگا جبکہ مزمن التہاب گردہ کی حالت میں حاد التہاب کا حملہ مستزاد ہو جائے ۔ جب یوریا کا ارتکاز حد سے زیادہ بلند درجہ کو پہنچ جائے تو تسمم کے ممیز و مخصوص علامات ظاہر ہو جاتے ہیں، جسے نہاکتے، یا مزمن یوریا دمویت کہتے ہیں ۔ ممکن ہے کہ یہ علامتیں اُس وقت شروع ہو جائیں جبکہ یوریا کی فیصدی مقدار ۲۰۰ ملی گرام کے قریب ہو ۔ کامل نمو یافتہ یوریا دمویت کی حالت میں یوریا کی قدریں ۳۰۰، ۴۰۰ یا ۵۰۰ ملی گرام فیصدی تک کی پائی گئی ہیں ۔ یوریا کے علاوہ غیر پروٹینی نائٹروجن کریٹی نین (creatinine)، یورک ایسڈ، فاسفورک اور سلفیورک ایسڈز بھی خون میں مجتمع ہو جاتے ہیں، چنانچہ قلوی محفوظہ (alkali reserve) گھٹ جاتا ہے (27)۔ جو فیزی کاربن ڈائی آکسائڈ (CO_2) بھی کم ہو جاتی ہے، لیکن اُس تناسب سے نہیں کہ جس سے خون میں دیگر ترشہ جات کا اجتماع ہوتا ہے، چنانچہ خون کی ترشگی (یعنی ہائڈروجنی رواں کا ارتکاز) بڑھ جاتی ہے (ترشہ دمویت (acidaemia) ۔ خون کے اندر دوسرے غیر معروف ترشوں اور حاصلات تحول کا موجود ہونا بھی ممکن ہے ۔ اِس امر کا ثبوت ملتا ہے کہ یہ ترشہ دمویتی حالت بذات خود یوریا دمویتی قوما (uraemic coma) کا سبب نہیں ہے، کیونکہ اتنی ہی بلند ترشی قدریں دوسرے ایسے مریضوں میں بھی مشاہدہ میں آئی ہیں، جو قوما زدہ نہیں تھے ۔ اسی حالت کا سبب یقیناً یوریا نہیں ہے، کیونکہ جب یوریا بڑی مقداروں میں براہِ دہن لیا جاتا ہے تو وہ ایک نسبتہً بے ضرر شے ثابت ہوتا ہے ۔ ممکن ہے کہ یہ حالت SO_4 یا PO_4 کے روانات کی زیادتی سے تسمم پیدا ہونے کا نتیجہ ہو ۔ لیکن یہ سمجھنا قرین عقل ہے کہ عضلی جھٹکے دراصل تکزز (tetany) (جو ملاحظہ ہو) سے مماثل ہیں، بالخصوص اس لئے کہ خون کے اندر کیلسیم بھی
530 کم ہوتا ہے (28)۔ جوع الہوا یا انتہائی بیش تنفس ترشہ دمویت کا نتیجہ ہوتا ہے، چنانچہ جو فیزی ہوا اور خون میں CO_2 کی کمی اسی ذریعہ سے واقع ہوتی ہے ۔ خالص یوریا دمویت کی ایک اصابت میں جو کہ ایک منفرد گردے کے استیصال کے باعث پیدا ہوا تھا، موت کے بعد یہ مزید تغیرات پائے گئے :۔ دموی کیلسیم، کلورائیڈ، ہیموگلوبن، اور پلازمائی البیومن کا سقوط اور پلازمائی گلا بیولن اور امونیا کی زیادتی ۔ دموی کولسٹرال طبعی رہا (29)۔

ثانوی منقبض گردے میں مزمن یوریا دمویت ایک ممیز طریقۂ اختتام ہے، لیکن اُس کے لئے مختص نہیں ۔ یہ متصلب الشرائین گردے میں کبھی کبھی، اور التہاب حوض الکلیہ و کلیہ میں واقع

ہوسکتی ہے، بالخصوص اُسوقت جبکہ دونوں گردوں میں تقیح ہو، نیز کثیر ذُویری مرض (polycystic disease)، دوجانبی حصاۃ الکلیہ، اور بعض اوقات حادالتہاب گردہ میں۔

علامات۔ منتشر قسم میں اختتامی درجوں میں عموماً بہت اذیما موجود ہوتا ہے لیکن نوعمر اشخاص کے دببب التہاب گردہ میں عموماً اذیما نہیں ہوتا، اگرچہ اُن کی آنکھوں کے نیچے خفیف سا پھولاپن غیر عام نہیں۔ دونوں قسموں میں پیشاب کا حجم زیادہ ہوجاتا ہے، بالخصوص رات کے وقت، اور مریض کو پیشاب کرنے کے لئے ایک دوبار بستر سے اُٹھنا پڑتا ہے۔ اِسے ایک تعویضی میکانیت سمجھنا چاہئے، کیونکہ گردہ جس شئے کو دن کے وقت خارج نہیں کرسکتا اُسے رات کے وقت خارج کردیتا ہے۔ جب غذا کا پروٹینی مافیہ زیادہ ہو تو یہ امر اور بھی زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ آخری درجہ میں پیشاب شاحب ہوتا ہے اور اُسکی کثافت نوعی نہایت پست یعنے ۱۰۰۵ سے ۱۰۱۲ تک ہوتی ہے۔ البیومن بولیت موجود ہوتی ہے، لیکن البیومن کی فیصدیا مقدار اُتنی زیادہ کبھی نہیں ہوتی جتنی کہ بڑے سپید گردے میں۔ دُرد کا امتحان کرنے پر سباتک اور دموی خلیات نظر آتے ہیں۔ خون کا دباؤ بلند ہوتا ہے، لیکن عموماً اُتنا بلند نہیں ہوتا جتنا کہ متصلب الشرائین گردے کی اصابتوں میں۔ قلب بیش پرورش کے علامات ظاہر کرتا ہے (جو ملاحظہ ہوں) نمایاں ثانوی عدم دمویت موجود ہوتی ہے۔

"البیومن بولیتی التہاب شبکیہ" ("albuminuric retinitis") ثانوی منقبض گردے کا نہایت ممیز و مخصوص خاصّہ ہے۔ اُن عروقی تغیّرات کی وجہ سے جو ہمیشہ اِس حالت میں موجود ملتے ہیں، شبکیتی تغیّرات اکثر اُن تغیّرات سے کسیقدر قریبی مشابہت رکھتے ہیں جو پہلے صلابت الشرائین (arteriosclerosis) کے تحت بیان ہوچکے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 302)۔ اِس کے برعکس، نسبتہً بڑے شاحب، نرم کوروں والے رقبے، یا نرم روئی جیسی چکتیاں (ملاحظہ ہو صفحہ 522) بعض اوقات نظر آتی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۴۸، صفحہ 303)۔ بعض اوقات ارتشاح کی چمکدار چکتیاں، جن میں خردبین سے شحمی تغیّرات نظر آسکتے ہیں، لطخی خطے میں ستارہ نما شکل میں مرتب ہوتی ہیں۔

مریض سالہا سال تک کبھی اچھی اور کبھی خراب صحت میں رہتا ہے۔ بعض اوقات ایسی کوئی بھی چیز نہیں ہوتی جس سے مرض کی موجودگی کا خیال پیدا ہو، یہانتک کہ یکایک

یوریا دمویت ظاہر ہو جاتی ہے۔ یہ مزمن یا نہاکتی قسم (chronic or asthenic type) کی
یوریا دمویت ہوتی ہے۔

نہاکتی یوریا دمویت (asthenic uræmia)۔ مریض شکایت کرتا ہے کہ اُسے کمزوری، نیند، دردِ سر، اور متلی معلوم ہوتی ہے، جس کے ساتھ ممکن ہے کہ قے بھی ہو۔ ممکن ہے کہ اینٹھن اور جھنجھناہٹ کے احساسات ہوں۔ ذہول کے ساتھ بے چینی کے دورے تبادل کرتے ہیں۔ چہرے کے عضلات کے جھٹکے دیکھنے میں آتے ہیں۔ ممکن ہے کہ وہ بازوؤں، ٹانگوں اور دھڑ کو بھی ماؤف کر دیں لیکن تشنجات کے ویسے حملے نہیں ہوتے جیسے کہ قوی یا حاد یوریا دمویت (sthenic uræmia) میں ہوتے ہیں۔ پتلیاں سکڑ جاتی ہیں، جسم کی تپش گر کر کم ہو جاتی ہے، تنفس آہستہ، ہانپنے کے ساتھ، اور مشقت طلب ہوتا ہے، دہن اور زبان خشک ہوتے ہیں، اور بڑی پیاس ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ تکلیف دہ قے بھی ہو۔ عضلی جھٹکے جاری رہتے ہیں اور مریض بےچین، بے پروا، اور غنودہ ہو جاتا ہے اور بالآخر اُس پر قوما طاری ہو جاتا ہے۔ جب قوما نمویاب ہوتا ہے تو سانس پھولنے سے تنفس گہرے اور پھنکار کے ساتھ ہونے لگتے ہیں۔ جوں جوں خون میں ترشہ کا اجتماع زیادہ ہوتا جاتا ہے، سانس کا پھولنا بھی اُسی تناسب سے بڑھتا جاتا ہے۔ سانس چڑھنے کے ناگہانی حملے بھی بیان کئے گئے ہیں، خاص کر رات کے وقت، جنھیں بعض اوقات "ربو کلوی" ("renal asthma") کہتے ہیں۔ چین اسٹوکی تنفس بھی بیان کیا گیا ہے۔ چونکہ خون میں یوریائی باقیہ کی زیادتی کو حقیقی نہاکتی یوریا دمویت کا معیار قرار دیا گیا ہے، لہٰذا تنفس کی یہ دو آخری قسمیں درحقیقت یوریا دمویتی نہیں ہیں، بلکہ حاد ریوی اذیما کا نتیجہ ہیں۔ یہ عام طور پر متصلب الشرائین گردے (قلبی کلوی مرض) کی اصابتوں میں دیکھی جاتی ہیں اور لیوکس اور دوسروں کی بیان کی ہوئی اصابتیں (ملاحظہ ہو صفحہ 255) غالباً اِسی نوعیت کی تھیں، کیونکہ اِن میں خون کا یوریا ہمیشہ ۱۰۰ ملی گرام فیصدی سے کم تھا، جو حقیقی یوریا دمویتی
قدر سے بہت ہی نیچے ہے۔ مزید مشاہدات سے ظاہر ہو گیا ہے کہ اِن اصابتوں میں خون میں 631
ثابت ترشوں کی کوئی زیادتی نہیں ہوتی (25، 26)۔ یہ اغلب ہے کہ گذشتہ زمانہ میں یوریا دمویت کی اصطلاح متعدد مختلف حالتوں پر حاوی سمجھی جاتی تھی، اور صرف حیاتی کیمیائی تحقیقات کے طریقوں کی آمد کے ساتھ یہ ہوا ہے کہ یہ حالتیں ایک دوسری سے متفرق کی جا رہی ہیں۔
جب یوریا دمویت کی علامتیں نسبتہً کم نمایاں ہوتی ہیں تو اِس حالت کو بعض اوقات خفی یوریا

دمویت (latent uræmia) کہتے ہیں۔ یہ نام بولی راستوں کے تسدّد سے پیدا شدہ اُمرالبول کے نتائج کو بھی دیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 549)۔

ثانوی سرایتوں، مثلاً ذات الجنب، ذات الریہ، التہابِ تامور، معدی معوی التہاب جو شدید قے اور اسہال پیدا کردے اور تقرحی التہاب قولون سے بھی موت واقع ہو سکتی ہے۔ یہی مبداء کے وہ نزفات جو کہ کلوی فشل کی وجہ سے پیدا ہوتے ہیں (برعکس اُن نزفات کے جو بلند دموی ضغط اور انحطاط یافتہ شرائین کے باعث ہوتے ہیں) مخاطی اغشیہ سے یا دماغ کے اندر واقع ہو سکتے ہیں، اور موت پیدا کرنے میں عموماً حصہ لیتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ان میں سے کوئی بھی اختتامی واقعہ یوریا دمویت کے ساتھ ساتھ واقع ہو جائے۔ لیکن ثانوی سرایت اِسقدر عام طریقۂ اختتام نہیں جسقدر عام کہ وہ تحت لحادی تمی التہاب گردہ میں ہوتا ہے۔

تشخیص۔ اِس کا انحصار مُرَق پیشاب کے ملنے پر ہوتا ہے، جس میں البیومن موجود ہو، اور ساتھ ہی کلوی فعل میں خرابی ہو، اور اُذیما کا رجحان بہت کم ہو۔ معائی تسدد اور یوریا دمویت کی تفریق مشکل ہو سکتی ہے، کیونکہ یوریا کی بلندی دونوں میں پائی جاتی ہے لیکن معائی تسدد میں کثیر قلویت اور بلند یا طبعی قلوی محفوظہ پایا جاتا ہے، اور یوریا دمویت میں قلوی محفوظہ پست ہوتا ہے۔

اِنذار۔ یہ نمو یافتہ مرض میں خراب ہوتا ہے۔ اِس کا اندازہ کرنیکے لئے کہ آیا اصابت خطرناک ہے، امتحان شبکیہ اور کلوی فعل کی تخمین نہایت کارآمد طریقہائے شناخت ہیں اگر خوب نمایاں التہابِ شبکیہ موجود ہے تو اغلب ہے کہ مریض دو سال سے زیادہ زندہ نہیں رہے گا۔ اگر خون کا یوریا مستقلاً ۱۰۰ ملی گرام فیصدی سے اوپر ہے، تو یوریا دمویت کا کسی وقت بھی ہو جانا ممکن ہے۔ اگر خون کا یوریا اِس عدد سے نیچے ہے تو ممکن ہے کہ مریض بہت سال تک زندہ رہیں، بالخصوص اسوقت جبکہ یوریا کے ارتکاز کا کاشفہ خاصہ اطمینان بخش ہو۔

علاج۔ کسی ایسی حالت کو دُور کر دینے کے بعد، جسے صحیح طور پر اِس حالت کا سبب سمجھا جا سکے [یعنی الکحل، رصاص (سیسہ)، سردی میں مستمر تکشف، عُفنی مراکز، وغیرہ] مقاصدِ علاج حسب ذیل ہونے چاہئیں:- (۱) گردے کی اخراجی طاقت پر کام کا بار کم کر دیا جائے۔ (۲) قلب اور عروق پر کے بار کو کم کر دیا جائے۔ (۳) عدم دمویت کو دور کر دیا جائے، اور (۴) خاص پیچیدگیوں کا علاج اُن کے پیدا ہونے پر کیا جائے۔

علاج کا نہایت اہم جزیہ ہوگا کہ حتی الامکان گردے پر کا بار دور کر دیا جائے، اور خون
ے اندر پروٹینی تحول کے ترشئی حاصلات کا احتباس نہ ہونے دیا جائے، جو یوریا دمویت کا
مقدر ممیز خاصہ ہے ۔ غذا کے تحول سے ترشئی اور اساسی حاصلاتِ شکست و ریخت کی
مختلف مقداریں پیدا ہو جاتی ہیں، اور غذاؤں کی گروہ بندی اِس لحاظ سے کی جاتی ہے کہ آیا
ن سے ترشہ کی پیدائش زیادہ ہوتی ہے یا اساس کی ۔ سبزیوں اور پھلوں سے، جن میں لیموں بھی
شامل ہے، تحول کے بعد ترشہ کی نسبت اَساس کی مقدار زیادہ حاصل ہوتی ہے، لیکن انڈے
مچھلی، گوشت، بسکٹ، چنے کا آٹا، چانول اور گیہوں اَساس کی نسبت ترشہ زیادہ پیدا
کرتے ہیں ۔ دودھ ترشہ کی نسبت اساس ذرا ہی زیادہ پیدا کرتا ہے ۔ اسی واسطے لبنی نباتی
غذا اور اُس کے ساتھ شکر کو منتخب کرنا فائدہ مند ہے ۔ لیکن چونکہ جسم کی شکست و ریخت کی
تلافی کے لئے نہایت تھوڑے پروٹین کی ضرورت ہوتی ہے اور معمولی غذا میں جو پروٹین لیا جاتا
ہے اُس کا بیشتر حصہ محض توانائی کے منبع کے طور پر کام میں آتا ہے، اور اُس کی شکست و ریخت
کے آخری حاصلات کا اخراج گردے کو کرنا پڑتا ہے، لہٰذا غذا میں پروٹین کی مقدار کی تقلیل بھی
قرینِ مصلحت ہے ۔ انڈے، مچھلی، گوشت، مرغی وغیرہ پالتو پرندے اور شکار وغیرہ سے
قطعی پرہیز لازم ہے ۔ روٹی، بسکٹ اور اناج (بہ استثناء چنے کے آٹے کے) کی اجازت
معتدل مقداروں میں دی جا سکتی ہے، کیونکہ ان کا پروٹینی مافیہ کم ہوتا ہے، اور اِس امر کا
تدارک کرنے کے لئے کہ یہ اَساس کی نسبت ترشہ زیادہ پیدا کرتے ہیں قلی کی کافی مقداریں
تجویز کی جاتی ہیں تاکہ پیشاب تعدیلی ہو جائے (ملاحظہ ہو علاج، تحت الحاد سمّی التہاب گردہ)
دودھ کی مقدار بھی محدود کر دینی چاہئے کیونکہ اُس کا پروٹینی مافیہ بھی نسبتۃً بلند ہوتا ہے (ملاحظہ ہو
جدول د، صفحہ 475 پر) ۔ تاہم یہاں ایک انتباہ ضروری ہے، کیونکہ جب پیشاب میں
البیومن کی بڑی مقداریں ضائع ہو رہی ہوں تو غذا میں اِس کی تلافی کا لحاظ رکھنا بھی ضروری ہے
چوبیس گھنٹے میں البیومن کی جو اوسط مقدار خارج ہو رہی ہو اُس کی تخمین کر کے اُس سے ۵ تا ۱۰ گرام
زائد پروٹین روزانہ کی اجازت دینی چاہئے تاکہ جسمانی شکست و ریخت میں جو نقصان ہو رہا ہے
532 اُس کی کافی طور پر تلافی ہو جائے ۔ غذا کو مکمل بنانے کے لئے ملائی (محدود مقداروں میں)، مسکہ اور
روغنِ زیتون کی صورت میں شحوم شامل کر سکتے ہیں ۔ ہلکی چائے اور کافی (coffee) کی اجازت
دی جا سکتی ہے ۔ اگر تغذیہ اچھا ہے تو ایک نوبتی روزہ بھی شروع کرایا جا سکتا ہے ۔ الکحل کو

بالکل موقوف کر دینا چاہئے' یا اُس کی مقدار زیادہ سے زیادہ روزانہ ایک گلاس کلاریٹ (claret) یا خشک شیری (dry sherry) ہو۔ جب علامات خطرناک ہوں' اور بالخصوص جبکہ چلتے پھرتے وقت مریض کا سانس پھولنے لگے اور ذبحہ صدریہ (angina pectoris) کے حملے ہوں' مریض کو کامل آرام و سکون سے رکھنا ضروری ہے۔ حد سے زائد کام محنت اور زور لگانے سے ہر وقت پرہیز لازم ہے۔ ورزش صرف اتنی کرنی چاہئے کہ جو قلب کی برداشت کے اندر ہو۔ مریض کا لباس گرم ہونا چاہئے اور خوشگوار آب و ہوا میں رہائش سے نفع کثیر ہوتا ہے۔

ایسی صحتی تدبیریں ممکن ہے کہ خود ہی خون کے دباؤ کو کم کر دینے کا رجحان ظاہر کریں۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ خون کا بلند دباؤ غالباً خود ہی بہت سی اصابتوں میں ایک تو تعیضی میکانیت ہے' چنانچہ اُسے ادویہ سے براہ راست متاثر کرنے کی کوششیں گو جزءً کامیاب بھی ہوں' ایک بُرا طریقہ عمل ہو سکتی ہیں۔ تاہم اگر تکلیف دہ دردِ سر موجود ہو تو اس مقصد کے لئے ادویہ استعمال کی جا سکتی ہیں۔ نائٹروگلیسرین ($\frac{1}{1}$ قطرہ روزانہ ایک یا دو بار اور بتدریج بڑھا کر)' سوڈیم نائٹرائیٹ' یا ایرتھرال ٹیٹرانائٹریٹ (erythrol tetranitrate) استعمال کر سکتے ہیں اینٹی پائرین (antipyrin) کیفین (caffein) اور فیناسیٹین (phenacetin) بھی مفید ہیں۔

لوہے کی تجہیزات عدم دمویت کے لئے دے سکتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 481).

جن پیچیدگیوں کے لئے علاج کی ضرورت ہوتی ہے' اُن میں سے یوریا دمویت' قئے' قلبی اتساع اور فشل ہیں۔ یوریا دمویت میں خاص ضرورت یہ ہے کہ خون سے زائد پروٹینی تحولی حاصلات کو خارج کیا جائے۔ اِس مقصد کے لئے پسینہ آنے کے عمل کو بڑھانا چاہئے۔ بعض اوقات گرم ہوائی غسل مفید ہوتا ہے' اور پائلوکارپین (pilocarpine) کے اشرابات کام میں لائے گئے ہیں۔ امعاء کا عمل آزادانہ کرانا چاہئے' اور اِس کے لئے ایسے مسہلات کام میں لانے چاہئیں جو بڑے آبی اِفراغات پیدا کرتے ہیں' جیسے کہ جلاپا (jalap)۔ قولون کی آبیاری کی جا سکتی ہے۔ اِدما اکثر مفید ہوا ہے' اور اِس کے بعد اکثر ایک موزوں مُعلّی سے نقل الدم کیا گیا ہے۔ اِس امر کی بڑی احتیاط رکھنی چاہئے کہ پیشاب آزادانہ طور پر نکلتا رہے۔ منہ کی راہ سے سیال بہ افراط لینا چاہئے۔ اگر خون کا

دباؤ یکایک کم ہونا شروع ہو تو مالح کے دروں وریدی اِشرابات دئے جائیں۔ ترشہ دمویت کے دفعیہ کے لئے اِس سیال میں کسیقدر سوڈیم بائی کاربونیٹ شامل کردینا چاہئے، اور یہی دوا منہ سے بھی دے سکتے ہیں۔

قئے کے لئے فوّار آمیزے، ڈائلیوٹ ہائڈروسائنک ایسڈ، ٹنچر آف آیوڈین کے چند قطرے پانی میں گھنٹے گھنٹے سے، یا ثمراسیف پر رفادہ بارد یا منقط آزما سکتے ہیں۔ علاماتِ قلب کے لئے، جو بطین کے اتساع اور کمزور انقباض سے پیدا ہوجاتے ہیں، ڈیجٹالس دینا چاہئے، آنتوں کو (مسہلات وغیرہ کے ذریعہ سے) حالتِ عمل میں رکھنا چاہئے، اور اصابت کا علاج عام طور پر اسطرح کرنا چاہئے گویا یہ مرض قلب کی اصابت ہے۔

متصلب الشریان گردہ

(ARTERIOSCLERORIC KIDNEY)

نقرسی، سرخ ذراتی یا اولی منقبض گردہ (gouty, red
گردے، granular or primary contracted kidney)
کا وقف الدمی ذبول[1] (ischæmic atrophy of the
kidney)، قلبی کلوی مرض (cardio renal disease)

بحث اسباب متصلب الشرائین گردہ اس شریینی تکاثر کا اختتامی نتیجہ ہے جسے نشتر بیشی تکوینی صلابت (hyperplastic sclerosis) کہتے ہیں، جو اوّلی طور پر ارتفاع الضغط پیدا کردیتی ہے۔ اور اُس کے اسباب وہی ہیں جو ارتفاع الضغط کے ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 301)۔ اِس مرض کی ایک عام شکل عموماً معمر اشخاص میں امتحان بعد الممات میں ملنا غیرمعمولی امر نہیں، اور اِسے شیخوخی متصلب الشرائین گردہ (senile arteriosclerotic kidney) کے نام سے موسوم کیا گیا ہے۔ لیکن اِسکے

---

[1] یہ اصطلاح بہ نسبت "وقف الدمی التہاب گردہ" ("ischæmic nephritis") کے زیادہ پسندیدہ ہے، جو حال ہی میں رائج کی گئی ہے (24) کیونکہ یہ تغیرات التہابی نہیں تصور کئے جاتے ہیں۔

جداگانہ بیان کی ضرورت نہیں، البتہ یہ کہنا ضرور ہے کہ اس میں قلبی عروقی بیش پرورش نہیں ہوتی، اور اسی وجہ سے خون کا دباؤ بڑھا ہوا نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ متصلب الشرائین گردے کے ساتھ ایک حاد یا تحت الحاد دمّی التہاب گردہ واقع ہو کر ایک پیچیدگی پیدا کر دے۔

مرضی تشریح۔ اِن گردوں کا اوسط وزن تقریباً طبعی ہوتا ہے۔ لیکن اکثر اوقات یہ جسامت میں کسیقدر گھٹے ہوئے ہوتے ہیں، اگرچہ شاذ ہی اُتنے چھوٹے ہوتے ہیں جتنے کہ دبیب التہاب گردہ والے ثانوی منقبض گردے۔ ممکن ہے کہ یہ بڑے بھی ہوں۔ بعض نمونے کوئی جلی غیر طبعی امر نہیں ظاہر کرتے، بجز اِس کے کہ اُن میں شرائین کی دبازت موجود ہوتی ہے۔ ان گردوں کی اکثریت میں کیسہ شدت کے ساتھ چپکا ہوا ہوتا ہے، اور اگر اُسے چھیل کر اُتار لیا جائے تو اُس کے ساتھ کلوی بافت کے چھوٹے چھوٹے حصّے کھنچ آتے ہیں۔ نیز گردے کی ساری سطح چھوٹے چھوٹے ارتفاعات (دانوں) سے ڈھکی ہوئی نظر آتی ہے، جنکی جسامت $\frac{1}{16}$ تا $\frac{1}{8}$ انچ ہوتی ہے، اور جو نسبتہً زیادہ تندرست بافت سے بنتے ہیں، اور ان میں درمیانی نشیب حائل ہوتے ہیں جو اِنداب کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ کہیں کہیں دُویرے بھی ہوں جن کا قطر $\frac{1}{8}$ تا $\frac{1}{2}$ انچ مختلف ہوتا ہے اور جن میں ایک صاف سیّال یا کولائڈ مادہ بھرا ہوا ہوتا ہے۔ بعض گردوں میں قشرہ کا یہ اِنداب نہایت ناہموار ہوتا ہے، چنانچہ بیرونی سطح پر کچھ فاصلوں سے گہری درزیں یا گڑھے نظر آتے ہیں جن کے ساتھ کیسہ چپکا ہوا ہوتا ہے، لیکن درزوں کے درمیان کی سطح چکنی ہوتی ہے۔ ایسے گردے کا رنگ زیادہ تر سرخی کے ساتھ بھورا پن لئے ہوئے ہوتا ہے، اِسی لئے اِسکا نام سرخ زراتی گردہ (red granular kidney) رکھا گیا ہے۔ سارا گردہ سخت یا لوچدار ہوتا ہے۔ تراشنے پر قشرہ کبھی تنگ پایا جاتا ہے کبھی نہیں پایا جاتا۔ قشرہ اور لُب کی درمیانی حدِ فاصل عموماً واضح ہوتی ہے۔ 583

خردبین کے نیچے دیکھنے پر شُریانات منتشر بیش تکوینی صلابت ظاہر کرتے ہیں (جو ملاحظہ ہو) اور ساتھ ہی اُن کے طبقات کی دبازت پائی جاتی ہے۔ یہ دبازت اتنی زیادہ ہو سکتی ہے کہ بہت سے شریانات مطموس ہو جاتے ہیں، چنانچہ جن گوئیچوں اور اُنیبیبات کو اِن سے رسد پہنچتی ہے ان کا ہبوط اور وقف الدمی ذبول واقع ہو جاتا ہے اور وہ زجاجی ندبات بنا دیتے ہیں۔ ابتدائی ترین گوئیچی تغیر یہ ہوتا ہے کہ کیسۂ باؤمن

کی غشائے قاعدی کی دبازت واقع ہوکر گچھے کے گرداگرد پھیل جاتی ہے، جس سے گچھے کی گردن میں تنگی پیدا ہوکر بتدریج اُس کی دموی رسد منقطع ہوجاتی ہے۔ بظاہر سارا گویک شکرا جاتی ہے، اور خاصکر گچھے کی تو یہی حالت ہوتی ہے۔ گچھے کی شکل بگڑ کر چپٹی ہوجاتی ہے، اور بالآخر اس پر چھوٹے لمفی خلیے حملہ آور ہوتے ہیں، جو اُس کی لیفی پوشش کو اور اُسکو محصور کرنیوالے نیم قمر (demilune) کو توڑ کر اندر گذر جاتے ہیں۔ اس کے ساتھ ہی بالکل قریب کی بین رشتی بافت کی شدید زجاجی کیفیت واقع ہوجاتی ہے۔ صغیر ترین کلوی شرائین کا ترقی پذیر مرض، انذاب یا انقباض کے رقبوں کی تعداد میں زیادتی پیدا کردیتا ہے۔

علامات[1] متصلب الشرائین گردے کا آغاز عموماً بالکل آہستگی کے ساتھ ہوتا ہے اور بہت کم ممیز خصائص ظاہر کرتا ہے۔ درحقیقت اکثر یہاں تک ہوا ہے کہ اُن مریضوں میں گردے ذرّاتی پائے گئے ہیں کہ جو دوسرے امراض سے ہلاک ہوگئے ہیں، یا ایک ایسے مریض پر دماغی نزف کا حملہ ہوا ہے جس میں کوئی ایسی علامت موجود نہیں تھی جس سے گردوں کی حالت کی جانب توجہ منعطف ہوتی۔ ابتدائی علامات، جب ادھیڑ عمر کے شخص میں واقع ہوں اور ان کی توجیہہ کسی اور طریقہ سے نہ ہوسکے تو ذرّاتی گردہ کا خیال دل میں لانا چاہیئے اور ان علامات میں سے چند یہ ہیں:۔ ناکس اور مستمر دردسر، سانس کا پھولنا، چین اِسٹوکی تنفس، جو بالخصوص رات کے وقت ہو، عام کمزوری، اور اُس قسم کا اُذیما جیسا کہ مرضِ قلب میں ہوتا ہے۔ کبھی کبھی کوئی علامت کافی طور پر نمایاں نہیں ہوتی، یہاں تک کہ متصلب الشرائین التہابِ شبکیہ (arteriosclerotic retinitis) سے بینائی متاثر ہوجاتی ہے، اور پھر مریض کی آنکھوں کا امتحان چشم بین سے کیا جاتا ہے۔ خون کا دباؤ عموماً درجۂ طبعی سے بہت بڑھا ہوا ہوتا ہے اور اس سے زیادہ بلند ہوتا ہے کہ جتنا ثانوی طور پر منقبض گردہ میں بعض اوقات انکماشی دباؤ کے لئے ۳۰۰ ملی میٹر کی قدریں پائی گئی ہیں۔ انبساطی دباؤ بھی بڑھا ہوا ہوتا ہے، لیکن متناسب طور پر نہیں۔ پیشاب طبعی ہوتا ہے

---

[1] صلابت الشریان (arteriosclerosis) اور ارتفاع الضغط (hyperpiesia) کے علامات کا بیان بھی دیکھ لینا چاہیئے۔

بجز اس کے کہ اُس میں البیومین کا خفیف سا نشانیہ اور چند سرخ خلیے، سپید خلیے اور زجاجی سبائک موجود ہوتے ہیں۔ یوریا کی برآمد کی شرح عموماً طبعی ہوتی ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ وہ قدرے کم ہو۔

بلند ضغطِ دموی اور نسبتہً چھوٹے ترائین میں تغیرات کے باعث نزفات کا واقع ہوجانا ممکن ہے۔ علاوہ شبکیتی نزفات کے، رعاف عام ہے اور پرپیورا اور معدے اور آنت سے ادماء کا ہونا بھی ممکن ہے۔ اہم ترین امر دماغی نزف ہے، جو ممکن ہے کہ ہلاکت پیدا کردے۔ یہ نزف قاعدی عقود کے قریب و جوار میں، جسر میں، یا نخاع مستطیل میں واقع ہو سکتا ہے، یا ممکن ہے کہ سحایا کے اندر نزفات واقع ہوجائیں۔

موت کا عام ترین سبب بیش پروردہ قلب کا فشل ہے۔ عضلی قلبی انحطاط سے یہ اکثر جلد تر واقع ہوجاتا ہے۔ قلب کی مختلف خطرناک بیقاعدگیاں واقع ہو سکتی ہیں۔ مثلاً اُذینی رشیکی انقباض (auricular fibrillation)، نبض تبادل (pulsus alternans)، قلبی مسدودی (heart block)۔ مطرانی مصراع عدیم الکفایت ہوجاتا ہے، اور آخرکار ایک فشل پذیر مصراعی مرض کی کامل تصویر نمویاب ہوجاتی ہے، جس کے ساتھ ایک مطرانی انکماشی خریر (mitral systolic murmur)، پھیپھڑوں اور جگر کا احتقان، استسقاء شکمی (ascites) اور جسم کے اسفل نصف کا استسقا (dropsy) یہ سب پائے جاتے ہیں۔ پیشاب اُسی طریقہ سے متغیر ہوجاتا ہے جیسا کہ فشل پذیر مصراعی مرض میں ہوتا ہے، یعنی وہ قلیل المقدار، گہرے رنگ کا ہوجاتا ہے اور البیومین زیادہ ہوجاتا ہے اور سبائک ذراتی ہوجاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ نبض کچھ عرصہ تک اپنی صلابت قائم رکھے، لیکن بالآخر خون کا دباؤ گرجاتا ہے۔

جوں جوں اصابت ترقی کرتی ہے عموماً کلوی فشل کے خفیف آثار نظر آتے ہیں، جیسا کہ ۴۰ تا ۵۰ ملی گرام فیصدی دموی یوریا سے ظاہر ہوتا ہے، اور یوریا کی برآمد کی شرح قدرے کم ہوجاتی ہے لیکن کلوی تغیرات عموماً اہم نہیں ہوتے، الّا اس صورت میں کہ اصابت ناگہانی حاد التہاب گردہ سے پیچیدہ ہوجائے اور ایسا ہونے پر ممکن ہے کہ مریض جلد ہی یوریا دمویت (خبیث صلابت = malignant sclerosis) سے، لیکن زیادہ تر اکثر حاد فشلِ قلب سے ہلاک ہوجائے (24)۔ 584

تشخیص۔ حالات ذیل میں اوّلی منقبض گردے کی تشخیص جائز ہوگی:۔
پیشاب میں البیومن کی خفیف مقدار جس کے ساتھ خرابیٔ صحت کے علامات، اور قلبی عروقی اختلال کے مظاہر ہوں، مثلاً خون کے دباؤ کی زیادتی، دبازت شرائین، قلبی بیش پرورش، شبکیتی نزفات، یا التہاب شبکیہ اور پاؤں کا اُذیما۔
مریض کی علالت کے زیادہ ترقی یافتہ درجہ میں، صرف سرسری مظاہر پر سے ہی یہ متعین کرلینا نہایت مشکل ہوتا ہے کہ آیا اصابت اوّلی مصراعی (primary valvular) مرض یا عضلی قلبی مرض قلب (myocardial heart disease) کی ہے جس میں محتقن گردوں کی وجہ سے البیومن بولیت ہے، یا کہ وہ اصابت ذراتی گردے کی ہے، جس میں ثانوی بیش پرورش اور اتساع قلب ہے۔ دونوں حالتوں میں ایک محدود المقام انکماشی خریر راس قلب پر ہونا ممکن ہے۔ انبساطی یا پیش انکماشی مطرانی خریرات سے، اور اس سے بھی زیادہ، اورطی خریرات سے اوّلی مرض قلب کی تائید ہوتی ہے۔
متصلب الشرائین گردہ اور ثانوی منقبض گردے کی تمثیلی اصابتوں کے درمیان تفریق کرنے میں کوئی دقت نہیں ہوسکتی۔ آخر الذکر حالت میں البیومن عموماً بہ افراط اور مریض نسبتہً نوعمر ہوتا ہے، خون کا دباؤ چنداں زیادہ نہیں ہوتا، اور پیشاب زیادہ رقیق ہوتا ہے۔ درحقیقت اس کی تصویر ازابتدا تا انتہا واضح طور پر کلوی ہوتی ہے۔ لیکن اول الذکر حالت میں علامات بالخصوص دوران خون سے متعلق ہوتے ہیں۔
انذار۔ یہ ناموافق ہوتا ہے، لیکن بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ بہت اصلاح ہوجائے اور زیادہ عمر تک زندگی بڑھ جائے۔ قلب جس قدر زیادہ حد تک ماؤف ہوگا طویل حیات کی امید اُسیقدر کم ہوگی۔
علاج وہی ہے جو کہ صلابت شریانی اور ارتفاع الضغط کا ہوتا ہے (جو ملاحظہ ہوں)۔ بعض اوقات کم پروٹین والی نباتی غذا سے، جو گذشتہ باب میں بیان کی گئی ہے، حیرتناک نتائج حاصل ہوتے ہیں۔ مزمن مرض قلب کا علاج بھی ملاحظہ ہو۔

گُردے کی معلوم جراثیمی سِرائتیں

جراثیم بولیت اور عصیّہ بولیت

(bacteriuria & bacilluria)

پیشاب میں مندرجہ ذیل عضویات پائے جاتے ہیں :۔ معائی گروہ اور تدرن کے عصیات، بروسیلۂ تپ مالطائی (Brucella melitensis)، نزف یرقانی نحیف مرغولہ (Leptospira icterohæmorrhagica)، اور فلیقہ خون باشش (Schistosomum hæmatobium) کے بیضے۔ اور یہ سب متناظر نوعی امراض کے ہمراہ پائے جاتے ہیں۔ نبقات عنبیہ عام طور پر تناسلی بولی تدرن یا حصوات کے ہمراہ پائے جاتے ہیں، یا گردے کے مفعمات کے ساتھ ثانوی طور پر پیدا ہو جاتے ہیں۔ نبقات عنبیہ ابیض کو بولی منفذ سے کاشت کیا جا سکتا ہے، لہٰذا ان کے چند ثمیرات کو نظر انداز کیا جا سکتا ہے، اور عصیہ دُفتعیر یا نما کا بھی یہی حال ہے۔ عصیہ ریم ازرق، ایک زیادہ قشبی عضویہ کے بعد ثانوی طور پر پیدا ہو جاتا ہے۔ نبقات سوزاکیہ التہاب مجری البول یا پھوٹے ہوئے قدامی پھوڑے سے آ سکتے ہیں، اور پیشاب کی شدید سرایت زوجی مثانہ اور قولون کے درمیان ناسور کا نتیجہ ہو سکتی ہے۔

چونکہ گردے جوئے خون سے فضلات کو خارج کرتے ہیں، لہٰذا یہ تعجب خیز نہیں کہ جراثیم بولیت ایک خاصی عام حالت ہوتی ہے، اور اس امر پر بحث و تمحیص رہی ہے کہ آیا کلوی سرحلمہ کا کوئی ضرر موجود ہوئے بغیر بھی جراثیم کا اخراج ممکن ہے؛ فی الحقیقت تپ محرقہ کی عصیہ بولیت میں تو ایسے ضرر صریح نہیں ہوتے، اگرچہ اگر وہ محض خردبینی ہوں تو ان کا خارج از بحث کرنا نہایت مشکل امر ہوگا۔ مزید برآں جوئے خون میں دورہ کرنے والے نبقات سبحیہ جو عفونت الدم کے طور پر ہوں یا کسی اولی مرکز مثلاً التہاب زدہ لوزتین سے حاصل شدہ ہوں پیشاب میں پائے جا سکتے ہیں، اگرچہ

اغلب ہے کہ وہ گردے میں سدادی مراکز کے طور پر جانشین ہونے کے بعد کلوی سرحلمہ میں سے کھسک جاتے ہیں۔ تاہم بیشتر اصابتوں میں بلاشبہ جراثیم بولیت کے یہ معنی ہیں کہ التہاب الکلیہ وحوض الکلیہ موجود ہے، جیسا کہ آگے بیان کیا گیا ہے۔ یہ حالت عمومی عصیہ قولونی کے ساتھ بالخصوص پائی جاتی ہے، جو اہم ترین بولی عضویہ ہے اور جو ممکن ہے کہ پیشاب کے اندر تعدادِ کثیر میں موجود ہو اور پھر بھی صرف چند ہی علامات پیدا کرے۔ "غیر تمثیلی عصیہ قولونی" بالعموم عصیہ کثیرالاشکال کے طور پر بولی خط کی مزمن سرایت کے ساتھ وابستہ ہوتا ہے۔

اوپر جو کچھ بیان ہوا ہے اُس سے اندازہ ہوگا کہ بیشتر اصابتوں میں اسباب 535
وہی ہیں جو التہاب کلیہ وحوض الکلیہ کے ہوتے ہیں۔

پیشاب کی حالت۔ پیشاب خارج ہونے پر اکثر صاف ہوتا ہے لیکن رکھا رہنے پر اُس کی تہ میں ایک مخاط جیسی تہ جم جاتی ہے، اِس سے اوپر کو ایک گندلا پن ہوتا ہے، اور چوٹی پر ایک صاف تہ ہوتی ہے۔ یا پیشاب بالکل گندلا ہوتا ہے اور رکھا رہنے پر اُس کا یہ گندلا پن صاف نہیں ہوتا۔ پیشاب عموماً ترشئی ہوتا ہے، اور گرم کرنے اور ایسیٹک ایسڈ ملانے سے، یا قلویات سے صاف نہیں ہوتا۔ ریمی خلیات اور البیومن کی موجودگی (خواہ یہ تھوڑی مقدار ہی میں ہوں) ثابت کرتی ہے کہ التہاب کلیہ وحوض الکلیہ موجود ہے۔ جب پیشاب بدبودار ہو اور پیپ، مخاط، اور مثانی سرحلمہ موجود ہو، تو اِس سے یہ پتہ چلتا ہے کہ التہاب مثانہ موجود ہے۔

التہابِ کلیہ وحوض الکلیہ

(pyelonephritis)

التہاب حوض الکلیہ (pyelitis)

اِس مرض کے لئے التہاب حوض الکلیہ کی اصطلاح بیس سال سے اوپر سے مستعمل ہے۔ تاہم بعد الممات شمار واعداد سے اس امر کی شہادت ملتی ہے کہ گردے کی ان غیر تدریجی سرایتوں میں تنہا التہابِ حوضِ کلیہ غیر عام ہے اور وہ صرف ۵ فی صدی اصابتوں کی توجیہ کرتا ہے، الا اس صورت میں کہ سیلانِ بول میں تسدد بھی موجود ہو، جب کہ التہاب

حوض کلیہ ۲۵ فی صدی اصابتوں میں واقع ہوتا ہے (30)۔ حقیقت یہ ہے کہ وہ مرض جسے عام طور پر التہابِ حوض کلیہ کے نام سے یاد کیا جاتا ہے، بیشتر اصابتوں میں التہابِ کلیہ وحوض کلیہ (pyelonephritis) ہے، جو گردے کے جرم یا شروع ہو کر حوض تک پھیل جاتا ہے، اور یہ سرسری طور پر اس واقعہ سے ثابت ہے کہ عموماً پیشاب میں البیومن کی مقدار اس سے زائد ہوتی ہے کہ جتنی کی موجودہ پیپ (یا خون) کی بنا پر توجیہ کی جا سکتی ہے، جس سے ثابت ہوتا ہے کہ ضرور خود گردہ ماؤف ہے۔

بحث اسباب۔ التہابِ کلیہ وحوض کلیہ متعدد اسباب سے پیدا ہو جاتا ہے، جن میں سے مندرجہ ذیل شناخت کئے گئے ہیں:- (۱) تارپین (turpentine) اور تیلنی مکھی (cantharides) کا فعل جب کہ ان کا اندرونی استعمال کرایا جائے۔ (۲) معدی معوی التہاب (gastro-enteritis)، التہابِ قولون (colitis)، مرضِ مرارہ، التہابِ زائدہ دودیہ (appendicitis)، حموی عوارض جیسے کہ تپ معویہ اور ٹائفس کی تپ، حمیات طفحیہ (exanthemata) اور تقیح الدم (pyæmia)، نیز داءالحفر، خناق وبائی اور ہیضہ۔ (۳) یہ مرض برائٹ اور ذیابطیس میں بھی واقع ہو سکتا ہے، آخرالذکر میں شاید شکری پیشاب کی خراش کے نتیجہ کے طور پر۔ (۴) بہت سی اصابتیں ایک واضح مقامی سبب کا نتیجہ ہوتی ہیں۔ جیسے کہ حوض کلیہ اور قمعاتِ کلیہ میں اجسام غریبہ کی خراش، بالخصوص حصات اور ریگ، نیز کیسیہ، خون کے تھکے اور سرطان کی۔ (۵) پیشاب کے گزرنے میں تسدد بھی اسے پیدا کر سکتا ہے کیونکہ وہ محتبس پیشاب کی تحلیل واقع کرتا ہے۔ یہ تسدد مجری بول کے تضیق، بڑھے ہوئے غدۂ قدامیہ، گردے یا مثانہ کے پتھر کے باعث اور شوکہ یا نخاع کے مرض یا تفرز سے احتباس بول ہونے کے باعث ہو سکتا ہے۔ (۶) التہاب مثانہ (cystitis) اور اسفل بولی گذرگاہوں میں دوسرے اقسام کے التہاب کی اصابتوں میں ممکن ہے کہ یہ التہاب حالب کے باہر کی عروق لمفائیہ میں اوپر کے طرف پھیل کر حوض کلیہ میں پہنچ جائے۔ یہ واقعہ کہ التہاب کلیہ وحوض کلیہ عورتوں میں تین گنا زیادہ عام ہے، ظاہر کرتا ہے کہ گردہ کو سرایت عام طور پر نیچے سے اوپر کی طرف پھیلتی ہے، مثلاً التہاب فرج ومہبل سے جو کہ نہایت

نوعمر لڑکیوں میں ایک عام منبع ہے۔ (۷) کوئی واضح اوّلی مرکز نہیں ہوتا، لہٰذا یہ امر خاصا یقینی معلوم ہوتا ہے کہ سرایت ہوئے خون کی راہ سے گردے میں پہنچتی ہے۔ عموماً صرف ایک ہی گردہ ماؤف ہوتا ہے۔ ایسی اصابتیں اچھی ہوجاتی ہیں، لیکن ان میں اکثر نکس واقع ہوجاتا ہے۔

عصیۂ قولونی (colon bacillus) ۷۶ فی صدی اصابتوں میں تسبیبی عضویہ پایا گیا، جس کی وجہ غالباً قولون کی نزدیکی ہے۔ بقیہ اصابتوں میں نبقات پائے گئے جن میں منبقہ عنابیہ ذہبیہ (S. aureus) بھی شامل تھا (81)۔ نبقات سبحیہ اور نبقات عنبیہ اور دوسرے عضویات عام طور پر عصیہ قولونی سرایت کے ہمراہ پائے گئے ہیں۔ حمل سرایت کی استعداد پیدا کرتا ہے، کیونکہ جنین کی معمولی وضع میں ممکن ہے کہ رحم حالب پر دباؤ ڈال کر اُس کا جزئی تسدد اور اوپر حوض کلیہ کا اتساع پیدا کردے۔

مَرضی تشریح ۔ التہاب کلیہ و حوض کلیہ کی نہایت حاد صورت کی عام شکل میں گردہ متورم، نرم، ممتلی، اور التہابی خلیوں سے عموماً درریختہ ہوتا ہے، مگر اس میں پھوڑا نہیں بنتا۔ ممکن ہے کہ اس قسم میں گنگرین پیدا ہوجائے۔ لیکن کلوی سرایتوں کی زیادہ عام شکلیں مقامی ہوتی ہیں، جرم گردہ کے ایک خلقہ کو ماؤف کرتی ہیں، اور انھیں عام لحاظ سے مغممہ کی قسم کا کہہ سکتے ہیں۔ اُن کا ممیز خاصہ یہ ہے کہ اُن میں پیپ کی کثیر التعداد زرد دھاریاں موجود ہوتی ہیں، جو نصف قطری سمت میں سطح سے
36 قشرہ میں سے ہوکر اندر کی طرف بلکہ اہرام کے اندر پھیل آتی ہیں۔ وہ بعض اوقات فانہ نما، یا مخروطی ہوتی ہیں، جن کا قاعدہ سطح پر ہوتا ہے، اور دوسری اصابتوں میں محض لکیر کی طرح ہوتی ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ مغممہ ایک بے قاعدہ خراجی کہفہ کے اندر پھوٹ پڑے، جو حوض کلیہ کے اندر پیپ خارج کرتا ہے۔ دوسرے گردوں میں، جن میں غالباً سدادی سرایت نسبتہً کم مجتمع رہی ہے، یہ رقبہ سطح میں چھوٹے چھوٹے پھوڑوں کا ایک گروہ ظاہر کرتا ہے اور یہ تراشش میں گردے کے اس خلقہ میں بھی نظر آتے ہیں جو سطح پر کے پھوڑوں سے متناظر ہوتا ہے۔ ایسی ارتشاحی دریزشش کی کئی چکتیاں ہوسکتی ہیں، جن کے درمیان کے گردے کے حصے تندرست ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ

صرف ایک ہی گردہ ماؤف ہو۔

مقامی مغمہ کی قسم کا التہاب کلیہ وحوض کلیہ دوسرے حصوں کے ریمی ضررات کی طرح مندمل ہوسکتا ہے۔ اس کا ندبہ جرم گردہ کے ایک فلقہ پر مشتمل ہوتا ہے جو سطح پر نشیب دار یا گڑھے کی طرح ہوتا ہے، اور اس کے ساتھ ہی بعض اوقات حوض کلیہ کا ایک مقامی اتساع بھی ہوتا ہے۔ کبھی کبھی جرم گردہ کے ایک فلقہ میں خانہ دار دوپیرے ہوتے ہیں، جن کی شکل اس امر پر دلالت کرتی ہے کہ وہ ایک عفن انفعامی رقبہ سے پیدا ہوئے ہیں۔ بعض دوپیرے جو امتحان بعد الممات میں ملتے ہیں اور سرسری طور پر "پیدائشی" تصور کرلئے جاتے ہیں، غالباً اسی طریقہ سے پیدا ہوتے ہیں۔

گرد کلوی پھوڑا (perinephric abscess) اکثر بار ایک قشری خراج کے گرد کلوی بافتوں میں پھیل جانے کا نتیجہ ہوتا ہے۔

حقیقی حاد التہاب حوض الکلیہ میں غشائے مخاطی متورم اور اس کے عروق مُشرَب ہوتے ہیں۔ اکثر نزف کے چھوٹے چھوٹے دھبے موجود ہوتے ہیں۔ بعض اوقات التہاب ایک ڈفتھیریائی شکل اختیار کرلیتا ہے، اور سطح سے جابجا جھلی کی چکتیاں چپکی ہوتی ہیں۔ حصاتی التہاب حوض کلیہ میں ممکن ہے کہ پتھری کی موجودگی کی وجہ سے سطح کا تقرح موجود ہو۔ اور جیسا کہ پہلے بتلایا گیا ہے ایسے تقرح سے انثقاب اور گرد کلوی التہاب پیدا ہوسکتا ہے۔ یا اگر پتھریوں کے اپنی جگہ سے ہٹ جانے کے باعث یا عفن اخراجات سے حالب کے تسدد ہوجانے کے باعث التہابی مادہ محبوس ہوجائے تو پھر تقیح حوض الکلیہ پیدا ہوجاتا ہے۔

اس قسم کے التہاب گردہ کو جو التہاب کلیہ وحوض کلیہ کے متواتر حملوں اور انداب سے پیدا ہوجاتا ہے، ذبولی التہاب کلیہ وحوض کلیہ (atrophic pyelonephritis) کہتے ہیں۔ یہ ایک یا دونوں جانب واقع ہوسکتا ہے۔ گردہ چھوٹا، منقبض، اور متلیف ہوتا ہے، اور انتہائی اصابتوں میں ممکن ہے کہ جرم گردہ کچھ باقی نہ رہے۔ بعض اوقات ممکن ہے کہ اسے مرض برائٹ کے ثانوی منقبض گردے سے تمیز کرنا نہایت مشکل ہو۔ خاص امتیازی فروق یہ ہیں کہ ذبولی التہاب کلیہ وحوض کلیہ میں کیفیت اور ذبول خالی آنکھ کو حکیتی دار نظر آتے ہیں، اور سطح کا بیقاعدہ

گدلا انداب موجود ہوتا ہے۔ حوض کلیہ، قمعات اور کمامات کا اتساع ہوتا ہے، اور یہ تینی اہرام چپٹے ہو جاتے ہیں، یا ممکن ہے کہ صرف ایک یا دو کمامات ہی ماؤف ہوں۔ کلوی حوض میں پیپ اور پیشاب کے علاوہ خون، پتھریاں، یا دوسرے اجسامِ غریبہ ہو سکتے ہیں جن سے خرابی پیدا ہو گئی ہے۔ اور بولی ملحات کا جماؤ ہو سکتا ہے، یعنے ترشئی بول کے اندر یوریٹس (urates) کا، اور اگر، جیسا کہ اکثر ہوتا ہے، پیشاب قلوی یا امونیائی ہو تو فاسفیٹس کا۔ بعض کہنہ التہابوں میں گردہ اس قدر مدبول ہوتا ہے کہ اس میں سوائے اس کے کیسہ اور فاصلات کے اور کچھ باقی نہیں رہتا جو کہ کیفے بنا دیتے ہیں، اور ان کہفوں میں پوٹین جیسے تودے موجود ہوتے ہیں، جو پیپ کی تغلیظ اور عدیم الشکل فاسفیٹس کے جماؤ کا نتیجہ ہوتے ہیں۔

علامات ۔ حاد التہاب کلیہ و حوض کلیہ کی خفیف ترین شکل میں، جس میں شاید التہاب کی صرف ایک یا دو ہی چکتیاں ہوتی ہیں، ممکن ہے کہ علامات اتنی کافی شدید نہ ہوں کہ مریض کسی طبیب کو بلائے۔ زیادہ شدید شکل میں اکثر کمر میں کسقدر دھیما مستمر درد ہوتا ہے، جو دبانے سے بڑھ جاتا ہے اور اس کے ساتھ ہی عضلاتِ شکم میں استواری ہوتی ہے، یا ممکن ہے کہ کمر میں ایک بڑی الیم گانٹھ محسوس ہو۔ بخار موجود ہوتا ہے، اور کبھی کبھی قشعریرات اور خلیات ابیض کی کثرت۔ ممکن ہے کہ پیشاب بار بار اور درد کے ساتھ ہو اور احتباس بول بھی ہو سکتا ہے۔ شاید حوضی اور قمعی بشرہ کے خلیے تمیز ہو سکیں۔ وہ مخروطی، ناشپاتی نما یا سکلہ نما شکل کے ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ مریض کو قئے ہو، خاص کر اس وقت جب کہ درد شدید اور قولنجی ہو۔ جہاں یہ التہاب کلیہ و حوض کلیہ، خطۂ بولی میں کی کسی دوسری جگہ کی سرایت کے ہمراہ ثانوی طور پر ہوتا ہے، تو آخر الذکر سرایت کی دوسری علامات بھی موجود ہوں گی۔ سب سے زیادہ شدید شکل میں ممکن ہے کہ تپش مسلسل یا متفترہ طور پر بلند درجہ پر ہو، نبض سریع و ضعیف ہو اور ٹائیفائڈی حالت کے تمام ممیز خصائص موجود ہوں، یعنے عدم اشتہا، خشک بھوری مشقوق زبان، متلی اور قئے، بعض اوقات اسہال، پسینہ، اور سریع نحول۔ جب دونوں گردے وسیع طور پر ماؤف ہوتے ہیں تو کلوی فعل میں مداخلت ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ خون میں یوریا زیادہ ہو جائے، ترشہ دمویت اور تمثیلی کلوی اذیما ہو، اور بالآخر نہائی یوریا دمویت

تمثیلی علامات ظاہر ہو جائیں، یعنے تو ما، عضلات کے جھٹکے، اور جوع الہوا۔

دو سال سے کم عمر کے بچوں کے التہاب کلیہ وحوض کلیہ میں ایک گروہ مہلک اصابتوں کا ہے جو کسی دوسری جگہ کی سرایت کے بعد ثانوی طور پر پیدا ہو جاتی ہیں مثلاً التہاب اذن وسطی (otitis media) معدی معوی التہاب (gastro-enteritis)۔ اور ریوی مرض (pulmonary disease) کے بعد۔ زیادہ عمر کے بچوں میں ممکن ہے کہ صرف سلس البول ہو اور پیشاب بار بار آئے، اگرچہ کلوی مرض کے مقامی علامات کچھ وقفوں کے ساتھ واقع ہو سکتے ہیں۔ جب کسی بچے میں سلس البول کی اصابت پائی جائے تو اُس میں ہمیشہ عصبیہ بولیت اور التہاب کلیہ وحوض کلیہ کے لئے جستجو کرنی چاہئے۔

ممکن ہے کہ خفیف اصابتوں میں پیشاب کے اندر ریمی خلیات، جراثیم (ملاحظہ ہو عصبیہ بولیت)، شاید چند دموی خلیات، اور قدرے البیومن موجود ہو، اور پیشاب عموماً ترشئی ہوتا ہے۔ نسبتہً زیادہ شدید اصابتوں میں پیشاب کے اندر پیپ معتد بہ مقداروں میں موجود ہوتی ہے (صدیدبولیت =pyuria)۔ جب پیشاب کیا جائے تو وہ مکدر ہوتا ہے، اور جب پیپ تہ نشین ہوتی ہے تو وہ گلاس کی تہ میں ایک نہایت ہلکے رنگ کا زرد ملائی جیسا جماؤ بنا دیتی ہے، اور یہ پیپ پیشاب کے ساتھ صرف خط اتصال کے مقام پر ہی مخلوط ہوتی ہے۔ اس جماؤ کی نوعیت کی تعیین خردبینی یا کیمیائی کاشفات سے کی جا سکتی ہے، مثلاً اگر اوپر تیرتا ہوا مایع پھینک کر دُرد میں قدرے لائکر پٹاسی (liquor potassæ) ملا دیا جائے تو اس سے اُس کا رنگ بہ سرعت غائب ہو جاتا ہے، اور وہ نیم شفاف ہو کر ایک لزج لسلسا مایع بن جاتا ہے۔ اگر اسے ایک ظرف سے دوسرے ظرف میں ڈالا جائے تو یہ ایک کم و بیش ملتصق تودے کی صورت میں گرتا ہے۔ اگر پیشاب جسم کے اندر ہی تحلیل ہو کر قلوی ہو جائے تو بھی پیپ میں یہی لسلساتغیر واقع ہو جائیگا اور پیشاب ملائی جیسی پیپ کے ساتھ نہیں بلکہ اِس لزج، انڈے کی سپیدی جیسے سیال کے ساتھ مخلوط ہوگا۔ یہ بعض اوقات التہاب کلیہ وحوض کلیہ اور تقیح حوض کلیہ میں واقع ہوتا ہے اُس وقت جب کہ تمسع حوض کلیہ کے اندر محبوس شدہ پیشاب میں بالآخر تحلیل واقع ہو جائے۔ اور یہی التہاب مثانہ میں بھی اسی سبب کے باعث واقع ہوتا ہے۔

ممکن ہے حالب کے تسدد سے ریمی پیشاب محتبس ہو جائے، جس سے استسقاءالکلیہ

(hydronephrosis) (جو ملاحظہ ہو) یا تقیح حوضِ گردہ پیدا ہوجاتا ہے۔

مزمن التہاب کلیہ و حوضِ کلیہ اور ذبولی التہاب کلیہ و حوضِ کلیہ میں ممکن ہے کہ مقامی درد اور الیمیت تقریباً غایب ہوں، چنانچہ تشخیص میں وقت پیش آتی ہے۔ قطع نظر عصبیہ بولیت کے، پیشاب کا نمایاں طور پر غیر طبعی ہونا ضروری نہیں۔ معلوم یہ ہوتا ہے کہ مریض کو عصبی نہاکت (neurasthenia) یا مزمن خرابیٔ صحت ہے، اور ممکن ہے کہ نہاکتی یوریاد مویت (asthenic uræmia) اس منظر کا خاتمہ کردے۔ ان حالات میں خون کا دباؤ ہرگز ہمیشہ بلند نہیں ہوتا اور نہ قلب بیش پروردہ ہوتا ہے۔

تشخیص - التہاب کلیہ و حوضِ کلیہ کو اُس کے مقامی امارات سے، اور پیشاب کے اندر ریمی خلیوں کی موجودگی کی بنا پر شناخت کرلینا چاہئے۔ تمثیلی پیشاب صفحہ 535 پر بیان کیا گیا ہے۔ یوروسیلکٹان تشخیص کا ایک عمدہ ذریعہ ہے، کیونکہ اس سے گردہ کی وظیفی استعداد اور حوض کی جسامت ظاہر ہوجاتی ہے۔ تقعقری حوض نگاری اور قثطرت کے بعد پیشاب کی کاشت بھی استعمال کئے جاتے ہیں، لیکن التہاب مثانہ ہو تو نہیں۔

تقیح حوض الکلیہ اُن متعدد اورام کے ساتھ خلط ملط ہوسکتا ہے جو دائیں کوکھ میں پائے جاتے ہیں اور جن کا ذکر گردِ کلوی خراج (perinephric abscess) کے تحت کیا جائے گا۔ آخر الذکر کو تقیح حوض گردہ سے ہمیشہ تمیز نہیں کیا جاسکتا۔ لیکن استسقاء الکلیہ میں کوئی ارتفاع تپش نہیں ہوتا۔

انذار کا انحصار بہت کچھ اولی سبب پر ہوتا ہے۔ وہ التہاب کلیہ و حوض کلیہ جس میں سیلانِ بول میں کوئی تسدد نہ ہو، عموماً اچھا ہوجاتا ہے، اگرچہ یہ ممکن ہے کہ وہ عرصہ دراز تک کم و بیش جاری رہے۔ تقیح حوض گردہ ایک خطرناک ضرر ہے، اور ممکن ہے کہ وہ سینہ یا شکم کہیں انثقاب واقع ہوجانے، مسلسل اخراج مواد کی وجہ سے خستگی پیدا ہوجانے یا چربیلی مرض (lardaceous disease) کے وقوع کے باعث مہلک ثابت ہو۔ شاذ اوقات یہ بھی ہوتا ہے کہ پیپ مغلظ ہوجاتی ہے اور ایک گردہ ضائع ہو کر شفا ہوجاتی ہے۔ کلوی وظیفہ کے کاشفات سے ظاہر ہوجائے گا کہ آیا یوریاد مویت کا خطرہ ہے یا نہیں۔

تحریمہ - بولی اعضا کے علاج کے دوران میں یہ ہمیشہ یاد رکھنا چاہئے کہ التہاب کلیہ

وحوض کلیہ کا پیدا ہوجانا ممکن ہے۔ نخاعی اصابتوں میں اس امر کی کوشش ضروری ہے کہ التہاب مثانہ نہ پیدا ہونے پائے۔ جنگی تجربہ کی بنا پر ایسی اصابتوں میں اب قثاطیر کا استعمال بہت محدود کر دیا گیا ہے کیونکہ ایسے ذرایع سے سرایت داخل ہوجاتی ہے۔ اُن اصابتوں میں جن میں نخاع بالکل منقطع ہوگئی ہو بعض معکوسات سے کام لیا جاسکتا ہے جو نمویاب ہوجاتے ہیں۔ نوبی وقفوں کے ساتھ جلد کو متہیج کیا جاتا ہے۔ اس سے جوارح میں خم کن تہیجیتیں (flexor responses) پیدا ہوتی ہیں اور انقباضِ مثانہ واقع ہوکر مثانہ بالکل خالی ہوجاتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں جب التہابِ مثانہ موجود ہو تو مثانہ کو کسی دافع عفونت محلول مثلاً سلی سلیٹ آف سوڈیم (۱ اونس میں ۵ گرین) کوئنین 538
(۱ اونس میں ۱ یا ۲ گرین) یا بورکیس (۱ اونس میں ۵ گرین) سے دھوڈالنا چاہیئے۔ اور یوروٹروپین (urotropin) (۱۰ گرین) یا ہیلمٹال (helmitol) کا داخلی استعمال کرنا چاہیئے۔ قثاطیر کے ذریعہ مسلسل تسئیل کرنے کی ضرورت ہے۔

علاج۔ اگر پیشاب کے بہاؤ میں رکاوٹ ہے تو طبی علاج سے کم فائدہ ہوگا، کیونکہ حالت جراحی ہے۔ قثاطیر کے ذریعہ مسلسل تسئیل سے مرض میں تخفیف ہوسکتی ہے۔ حاد اصابتوں میں جو کہ عمومی عصیہ قولونی کے باعث ہوتی ہیں، پہلا علاج یہ ہونا چاہیئے کہ سارے چوبیس گھنٹوں میں بول کو قلوی کیا جائے، جیسا کہ حاد التہاب گردہ کے تحت بیان کیا گیا ہے، اور بہ افراط سیال لینا چاہیئے۔ اگر یہ کارگر نہ ہو تو دو یا تین ہفتوں کے بعد ہیگزامین (hexamine) ۶ تا ۱۰ گرین کی مقداروں میں دی جاتی ہے اور اب ۳۰ گرین ایسڈ سوڈیم فاسفیٹ روزانہ تین یا چار بار علیحدہ دے کر بول کو ترشئی کردیا جاتا ہے۔ اس کی متبادل ترکیب یہ ہے کہ کیلسیم کلورائیڈ ۱۵ گرین ایک سیلال کیپسیہ (salol capsule) میں دن میں ۵ مرتبہ دیا جائے، لیکن اس سے بدہضمی ہوسکتی ہے۔ بیٹین ہائڈروکلورائڈ (betain hydrochloride) ہر مقدار میں ۷ گرین دینا، ترشہ دینے کا ایک دوسرا طریقہ ہے۔ پیشاب کی ترشگی کا امتحان کرنا ایک ضروری چیز ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 508)۔ جب بول ابتدا سے قلوی ہو تو ہیگزامین اور ترشئی علاج کا استعمال پہلے ہی کرنا چاہیئے۔ یہ دونوں علاج کئی بار متبادلاً کیے جائیں۔ دشوار علاج اصابتوں میں بالخصوص بچوں میں بعض اوقات مصنوعی کیتونیت پیدا کردینے سے کامیابی

حاصل ہو جاتی ہے۔ کاربوہائڈریٹ غذا کو خوراک سے حتی الامکان خارج کر دیا جاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بول سے ایک قوی اور نمایاں تعامل راتھیرا (Rothera's reaction) حاصل ہونے لگتا ہے۔ اسے ایک یا دو ہفتے تک جاری رکھا جائے لیکن اس امر کی احتیاط رکھنی چاہیئے کہ ایسی غیر فطری غذا سے بچہ کی غذائی قنال میں خرابی نہ پیدا ہو جائے۔ نہایت مزمن اصابتوں میں روغن چوب صندل (sandal-wood oil) کوپیبا (copaiba)، اور بنزائک ایسڈ (benzoic acid) یا سیلال (salol) دینا چاہیئے، یا جیلاتین کے کیپسوں میں ۲۰ گرام ہیکزل ریسارسنال (hexyl resorcinol)۔ مغذی غذا، جس میں بہت سی حیاتینیں ہوں، اور اضلاع کی تازہ ہوا یا سمندر کے کنارے کی ہوا مناسب ہیں۔ درد کے لئے ٹنکچر ہیاسیامی (tr. hyoscyami) ۱۰ منم دیا جائے اور بالخصوص اگر خون زیادہ آتا ہو تو خشک محجمہ کا استعمال کیا جائے۔ مینڈلک ایسڈ سے علاج، جو کہ حال ہی میں رائج کیا گیا ہے، حسب ذیل ہے:- مینڈلک ایسڈ ۴۵ گرین، سوڈا بائی کارب ۲۰ گرین، ایکوا منتھا پپ (aq. menth. pip.) ایک اونس تک چار مرتبہ دن میں۔ پیشاب کو ایمونیم کلورائیڈ (ammonium chloride) دے کر ترشئی بنایا جاتا ہے، مثلاً اس کے ۳۰ گرین، ایکسٹریکٹ گلسرائزا ½ اونس، ایکوا کلوروفارم ایک اونس تک، دن میں تین مرتبہ۔ میتھل ریڈ (methyl red) (۵ قطرے ۲ مکعب سنٹی میٹر آب کشیدہ میں) پیشاب میں ملایا جائے تو اس کی رنگت نارنجی ہونی چاہیئے۔

انتقالی التہاب گردہ

(metastatic nephritis)

یہ ایک مشکوک امر ہے کہ انتقالی التہاب گردہ کے عنوان کے تحت ایک جداگانہ مرض بیان کرنا درحقیقت درست بھی ہے یا نہیں، کیونکہ التہاب کلیہ و حوض کلیہ (pyelonephritis) بیشتر اصابتوں میں ایک محمولہ خون سرایت ہوتی ہے۔ یہ واقعہ ہے کہ عنقی عنبی تقیح الدم (staphylococcal pyaemia) میں گردہ کے قشرہ میں انتقالی خراج کا ملنا کافی عام ہے۔ جب یہ پھوڑے آرپار راستہ کر کے مجمع آنابیب اور حوض گردہ

اندر پھوٹ پڑتے ہیں تو ایک حقیقی التہاب کلیہ و حوض کلیہ پیدا ہو جاتا ہے۔ لیکن بالعموم یہ حوض کلیہ سے بے تعلق رہتے ہیں یا پھیل کر گرد کلوی پھوڑا (perinephric abscess) بنا دیتے ہیں۔ چنانچہ انتقالی التہاب گردہ لازماً نازل التہاب گردہ و حوض گردہ (descending pyelonephritis) کا ایک ابتدائی مرحلہ ہوتا ہے اور اس کے علامات پہلے بیان ہو چکے ہیں۔ اُن اصابتوں میں جن میں امتحان لاش میں انتقالی خراجات تقیح الدم کے جزو کے طور پر پائے جائیں علامات تقیح الدم کے ہی ہوتے ہیں اور کلوی خراجات محض ضمنی ہوتے ہیں۔

خبیث التہاب درون قلبیہ (malignant endocarditis) میں انتقالی خراجات کبھی کبھی مختلف الجسامت سِدادی مفعمات کی شکست و ریخت سے پیدا ہو سکتے ہیں۔ یہ مخروطی ہوتے ہیں لیکن عموماً التہاب کلیہ و حوض کلیہ کے پھوڑوں سے مختلف شکل کے ہوتے ہیں اولاً ان کا قاعدہ نسبتہً زیادہ چوڑا ہوتا ہے۔ تاہم چونکہ مفعمات اکثر نبقات سبحیہ اخضر کے باعث ہوتے ہیں لہذا وہ عموماً ٹوٹ پھوٹ کر پیپ نہیں بناتے۔ سِدادی انضمام درد سے اور بول کے اندر خون اور البیومن کی موجودگی سے ظاہر ہوتا ہے۔

التہاب گرد کلیہ اور خراج گرد کلوی

(perinephritis and perinephric abscess)

التہابِ گرد کلیہ کی اصطلاح گردے کے آس پاس کی بافتوں کے التہاب کیلئے استعمال کی جاتی ہے۔

بحث اسباب۔ یہ اسبابِ ذیل سے پیدا ہوتا ہے:۔ (۱) تضرر مثلاً گھونسوں، لاتوں، یا زور لگانے سے۔ (۲) گردہ، حوضِ گردہ یا حالب سے التہاب کے پھیل جانے کی وجہ سے۔ چنانچہ یہ التہاب کلیہ و حوض کلیہ (pyelonephritis) تقیح حوض گردہ (pyonephrosis) اگردے کے درنہ، یا حصات کا نتیجہ ہو سکتا ہے۔ (۳) گرد کلوی بافتوں میں دور افتادہ حصوں سے التہاب کے اور بالخصوص تقیح کے پھیل جانے سے۔ مثلاً حوضی خلوی التہاب (pelvic cellulitis)، التہابِ زائدہ، جگر یا

طحال کا پھوڑا، شوکہ کی بوسیدگی (caries of the spine) اور خصری پھوڑا (psoas abscess) یا التہاب مرارہ۔

علامات۔ یہ کسی حد تک وہی ہوتے ہیں جو دوسرے التہابی اعمال کے ہمراہ پائے جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ آغازِ مرض غیر محسوس ہو اور ایسی صورت میں سوائے کسیقدر دھیمے اور مستمر درد کے اور کچھ نہیں ہوتا۔ دوسری اصابتوں میں نمایاں قشعریرہ ہوگا اور اُس کے ساتھ ہی تپش کا ارتفاع، جو کیسانیت کے ساتھ بلند جاری رہتی ہے، یا متوقف نوعیت کی ہوتی ہے۔ درد کمر میں یا شکم کے پہلو میں، عمیق المقام ہوتا ہے اور خشلہ، بُن ران یا اعضائے تناسل کی طرف تشعع ہوتا ہے، یعنی قطنی ضفیرہ کی توزیع میں۔ کوکھ یا کمر کا درد دبانے سے زیادہ ہوجاتا ہے اور دو دستی امتحان کرنے پر اُس خطّے میں قدرے پُری یا مزاحمت محسوس ہوسکتی ہے۔ ممکن ہے کہ مریض ریڑھ کے قطنی حصّے کو خم کرنے یا بسط کرنے کے ناقابل ہو۔

جوں جوں یہ اصابت ترقی کرتی جاتی ہے آخری پسلی اور عرف حرقفی کے درمیان کی فضا میں ایک کم و بیش وسیع متلعہ جاگزیں ہوتا جاتا ہے، جو کیسانیت کے ساتھ اَصم ہوتا ہے، کوکھ کو باہر کی طرف اُبھار دیتا ہے، کوکھ میں اُذیما پیدا کر دیتا ہے، اور شاید اِمتموّج ہوتا ہے۔ اکثر اسی جانب کی ٹانگ نوضی مفصل پر خمیدہ ہوتی ہے، اور اُس کو بسط کرنے کی کوشش سے درد ہوتا ہے۔ اس امر کی طرف توجہ دلائی گئی ہے کہ التہاب گردکلوی کا مریض ایک خاص طریقہ سے کھڑا ہوتا ہے حتیٰ کہ اُس وقت بھی جب کہ التہاب خراج کے درجہ تک نہ پہنچا ہو۔ مریض کے کھڑا ہونے کا مخصوص طریقہ یہ ہوتا ہے کہ جسم ماؤف جانب کو جھکا ہوا ہوتا ہے، کو طعا قدرے خمیدہ ہوتا ہے، اور ہاتھ اُسی جانب کی ران پر رکھا ہوا ہوتا ہے۔ چنانچہ اکثر نوضی مفصل کے مرض کی کسیقدر مشابہت پیدا ہوجاتی ہے۔

بول کا متاثر ہونا لازمی نہیں۔ اگر یہ التہاب، گردہ حوض، یا حالب کے التہاب سے پیدا ہوا ہے تو ممکن ہے کہ گردکلوی پھوڑے کی پیپ بول کے اندر آجائے (صدیل بولیت=pyuria)۔ دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ کلوی وریدپر پھوڑے کا دباؤ پڑنے سے البیومن بولیت واقع ہوجائے۔

جب پیپ بن جاتی ہے تو وہ عموماً ابتداءً گردہ اور قطنی عضلات کے درمیان واقع ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ اپنا راستہ مختلف سمتوں میں نکال لے۔ باہر کی طرف وہ عموماً عریضۂ ظہریہ عضلہ اور بیرونی مُورب عضلات کے درمیان منھ کرتی ہے۔ یا ممکن ہے کہ وہ نیچے کی طرف جا کر باط یو پارٹ کے نیچے مُنھ کرلے۔ دوسری اصابتوں میں وہ قولون، لفائفی یا معدے کے اندر یا حالب، مثانہ یا مہبل میں پھوٹ نکلتی ہے، یا باریطون کے اندر جب کہ وہ التہاب باریطون پیدا کر دیتی ہے۔ یا وہ ڈایافرام کے اندر سوراخ کرکے ذات الریہ، ذات الجنب اور تقیح الصدر پیدا کر دیتی ہے۔ یا بلا اشتقاق کے پلیورائی التہاب کے انصبابات (pleuritic effusions) پیدا کر دیتی ہے، یا قاعدہ شُش کو دبا کر پچکا دیتی ہے۔

تشخیص۔ ذیل کی حالتیں غلطی سے التہاب گردوکلیہ سمجھی جانے کا بہت امکان ہوتا ہے:۔ دردِ کمر (lumbago)، شوکی بوسیدگی (spinal caries)، سرطان و سلعاتِ گردہ، استسقاء الکلیہ (hydronephrosis) اور تقیح حوضِ گردہ (pyonephrosis)، التہابِ زائدہ، التہابِ ردِ طفہ (diverticulitis)، برازی اجتماعات، طحالی اور کبدی سلعات۔ ایکس شعاع کی باحتیاط تعیین، مقام اسے شوکہ کی بوسیدگی، کبدی اور طحالی سلعات، اور التہاب زائدہ سے متفرق کر دے گی۔ برازی اجتماعات، سرطانِ گردہ، اور استسقاء الکلیہ کے ساتھ تپ نہیں ہوتی، اور نہ دردِ کمر کے ساتھ جو کہ اکثر دونوں جانب کی شکایت ہوتی ہے۔ سوئی اور پچکاری سے استقصا کرنے پر پیپ کا ملنا ممکن ہے۔

علاج۔ یہ بیشتر جراحی ہوتا ہے۔ مقامی لاسقات اور افیون کے مرکبات سے درد میں تخفیف ہو جائے گی۔ اگر پیپ بن گئی ہے تو حتی الامکان اُسے جلد خارج کر دینا چاہیئے۔

گردے کا تدرّن

(tuberculosis of the kidney)

ممکن ہو کہ گردہ ایک عمومی دُخنی تدرّن (general miliary tuberculosis)

کے جزو کے طور پر تدرن سے سرایت زدہ ہو جائے۔ دَرنے دقیق رماوی یا زرد جماؤ کی شکل میں ظاہر ہوتے ہیں جن کا قطر ۱-۲ ملی میٹر ہوتا ہے، اور وہ گردے کے قشرہ اور لب میں غیر منظم طور پر اور بالعموم کسیقدر قلت کے ساتھ منتشر ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ چند دَرنے سطح گردہ پر دیکھے جائیں اور بعض تراشے پر نظر آتے ہیں۔ اُن کی شکل گول یا انابیب کئے رُخ میں کسیقدر لمبوتری ہوتی ہے۔ وہ دَرنہ کی ممیز دقیق تشریح ظاہر کرتے ہیں۔ بقیہ گردہ تندرست ہوتا ہے اور بالعموم درنوں کے جماؤ کے ساتھ کوئی سریری علامات موجود نہیں ہوتے۔

تدرّنی التہاب گردہ (tuberculous nephritis) کی اصطلاح کا اطلاق التہابِ گردہ کی بعض ایسی اصابتوں پر کیا جاتا ہے جو فاعلی ریوی تدرن کے ہمراہ پائی جاتی ہیں۔ یا وہ ایک گردے میں اُس وقت ہو سکتا ہے جب کہ دوسرا گردہ تدرنی ہو۔ بول میں البیومن اور سبانک موجود ہوتے ہیں۔ خیال کیا جاتا ہے کہ یہ حالت ایک سمّی التہاب گردہ (toxic nephritis) ہے اور اس میں تدرنی ضررات غیر موجود ہوتے ہیں۔ اولی مرکز کے خارج کر دینے پر ممکن ہے کہ یہ التہاب زائل ہو جائے۔ 540

حقیقی تدرنی گردہ (tuberculous kidney) یا مزمن کلوی تدرن (chronic renal tuberculosis) جسم میں کے کسی دوسرے مقام کے تدرنی ضرر کے بعد ثانوی طور پر ہوتا ہے۔ یہ بیشتر اصابتوں میں ایسی سرایت کے طور پر پیدا ہوتا ہے کہ جو جوئے خون سے واقع ہو۔ یہ زیادہ عام طور پر تناسلی نظام (بالخصوص بربخ) اور ہڈیوں اور مفاصل کے تدرن کے ہمراہ پایا جاتا ہے۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں کو زیادہ اکثر متاثر کرتا ہے۔ تقریباً تین چوتھائی اصابتیں بیس اور چالیس سال کے درمیان کی عمر میں ہوتی ہیں۔ یہ بالکل عام طور پر دوجانبی ہوتا ہے۔

مزمن کلوی تدرن

(chronic renal tuberculosis)

مرضی تشریح۔ اس عنوان کے تحت کلوی تدرن کی تقریباً وہ تمام شکلیں شامل ہیں جو کہ جراح کی نگرانی میں آتی ہیں۔ اس میں وہ حالتیں شامل ہیں جو راسی تدرن (apical tuberculosis)، تقرحی کہفی تدرن (ulcero-cavernous tuberculosis)،

تدرنی استسقاء الکلیہ (tuberculous hydronephrosis)، جبنی تدرن (caseous tuberculosis)، گرہلی تدرن (nodular tuberculosis) اور تدرنی خراج (tuberculous abscess) کے ناموں سے معروف ہیں۔

ان اصابتوں کی اکثریت میں ابتدائی تغیر ہرم کے راس پر واقع ہوتا ہے۔ یہاں جبنیت یا نقصان ہرم ہوتا ہے جو ایک التہابی منطقہ سے محصور ہوتا ہے۔ یہ تقرح ہرم کے قاعدے کی طرف پھیل کر ایک کہفہ بن جاتا ہے جو کاسہ سے ارتباط رکھتا ہے۔ اس کہفہ کا استر ایک تنخری یا تجبنی بافت کی تہ سے بنتا ہے۔ اس سے آگے ایک التہابی منطقہ ہوتا ہے جس میں ممکن ہے کہ رمادی ورنے ظاہر ہوں اور کبھی کبھی رمادی جیلاتینی درنوں کا ایک مکمل منطقہ ہوتا ہے۔ التہابی منطقہ سے باہر کی طرف طبعی کلوی بافت میں جدا جدا درنوں کے نقطے بنے ہوئے ہوتے ہیں یا یہ ورنے ایک یا زاید دھاریوں کی شکل میں مرتب ہوتے ہیں جو سطح گردہ کی طرف تشعع کرتی ہیں۔ سطح گردہ پر ان رقبوں میں جو زیر افتادہ درنی اہرام سے متناظر ہوتے ہیں درنوں کے گردہ دیکھے جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ان اہرام میں سے کئی یا سب کے سب مختلف درجوں میں متاثر ہوں۔ ممکن ہے کہ اب ایک دوسرا مرضیاتی عمل نمایاں ہوجائے۔ کاسہ کی دیواریں اس کی گردن کے مقام پر یا حوض کے مخرج پر جہاں حوض کا انقسام ہوتا ہے، یا دیوار حوض میں لیفی دبازت نمویاب ہوکر منقبض ہوجاتی ہے یہاں تک کہ وہ راستہ بالآخر مسدود ہوجاتا ہے۔ اب اگر اس قطعہ میں جو بتدریج مسدود ہورہا ہے بول افراز جاری رہا تو ایک محدود المقام دویرہ یا جزئی یا کامل استسقاء الکلیہ نمودار ہوجاتا ہے۔ لیکن اگر اس کے برعکس افراز بول موقوف ہوجائے تو ایک جبنی تودہ بن جاتا ہے جو کہ لیفی بافت سے گھرا ہوا ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ سارا گردہ ان جبنی تودوں کی پچکاری میں متبدل ہوجائے۔ بیشتر اصابتوں میں حالب بہت دبیز اور استوار ہوجاتا ہے۔ مخاطیہ کا تقرح، تنخر اور تجبن پیدا ہوجاتا ہے اور درمیانی اور بیرونی طبقات میں درنی دررپزش واقع ہوکر لیفی بافت کی دبیز تہیں نمودار ہوجاتی ہیں۔ اس نالی کا ایک یا کئی حصے تضییق کی تکوین سے متاثر ہوسکتے ہیں اور اس کے اوپر نالی کا اتساع واقع ہوجاتا ہے (19)۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں

مرض مثانہ تک پھیل جاتا ہے۔

بعض اوقات مرکز مرض کے گرد لیفی بافت کا ایک حلقہ بن جاتا ہے جو اسے پورے گردے سے یا اس کے کچھ حصے سے کامل طور پر بے تعلق کر دیتا ہے اور اس طرح تدرنی گروہ مندمل ہو جاتا ہے۔ ایسی حالت کو بند کلوی تدرن (closed renal tuberculosis) کہتے ہیں۔

علامات - مریضوں کی اکثریت میں مثانہ کی خراش پذیری اور ساتھ ہی پیشاب کا بار بار آنا، پہلی علامت ہوتی ہے کہ جس کی مریض کو شکایت ہوتی ہے، اور عرصہ دراز تک یہی واحد علامت ہوتی ہے۔ اس کے ساتھ ہی پیشاب کرنے سے پہلے اور بعد میں درد ہوتا ہے۔ ابتدائی درجہ میں پیشاب کی مقدار زیادہ ہو جاتی ہے۔ وہ پھیکے یا ہلکے رنگ کا، خفیف سا ترشئی یا معاول ہوتا ہے، اور اس میں البیومن اور معلق پیپ کی تھوڑی سی مقدار اور مہین سپید گالے موجود ہوتے ہیں۔ غیر پیچیدہ اصابتوں میں چند عصیاتِ درنیہ پائے جاتے ہیں، لیکن دوسرے کوئی جراثیم نہیں ہوتے۔

اکثر اوقات خفیف سی اختتامی دم بولیت دیکھی جاتی ہے، اور بعض اوقات دم بولیت کا حملہ ایک ابتدائی علامت ہوتا ہے۔ شاذ اصابتوں میں دم بولیت کے شدید حملے ایک نمایاں خاصہ ہوتے ہیں۔ بالعموم وزن کی خفیف سی مسلسل کمی دیکھی جاتی ہے، لیکن غیر پیچیدہ کلوی تدرن میں سریع یا شدید نحول نہیں ہوتا۔ گردے کا درد عموماً ناقابلِ توجہ ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ بالکل غیر موجود ہو۔ جب شدید نزف ہو تو 541
ممکن ہے کہ منجمد خون کے تھکوں کی وجہ سے حالبی قولنج ہو۔ بیشتر اصابتوں میں تپ نہیں ہوتی، لیکن ممکن ہے کہ خفیف اور مسلسل ارتفاعِ تپش ۹۹ درجہ تک اور بعض اوقات ۱۰۰ درجہ فارن ہائٹ تک دیکھنے میں آئے۔ اگر بلند تپش موجود ہے تو یہ مخلوط سرایت کی یا عمومی تدرن کی علامت ہے۔ غیر پیچیدہ کلوی تدرن کی قلیل التعداد اصابتوں میں گردے کی کلانی محسوس ہوتی ہے۔ لیکن اس وقت بھی جب کہ گردہ بہت بڑھ گیا ہو، ممکن ہے وہ بہت اوپر ڈایا فرام کے نیچے منضم ہو اور محسوس نہ ہو سکے۔

ایک دبیز تدرنی حالب ممکن ہے کہ ایک دُبلے پتلے موضوع میں حوض کی گگر کے

لیول پر محقق جس کرنے پر محسوس ہوئے یا ڈاکٹر میں منتقی امتحان کرنے پڑ یا مہبلی امتحان کرنے پر جب کہ وہ جانبی قبوہ میں ایک موٹی رسی کی طرح محسوس ہوتا ہے۔ کلوی تدرن کا یہ ایک ممیز خاصہ ہے کہ کوئی ایسے علامات پیدا کئے بغیر کہ جن سے مریض کی توجہ منعطف ہو مرض اتنی ترقی کر چکتا ہے کہ ایک گردہ بالکل تلف ہو جاتا ہے۔ علامات مختلف ہو سکتے ہیں اور ممکن ہے کہ بعض اصابتوں میں طویل عرصوں تک غایب ہوں۔ تاہم اصابتوں کی اکثریت میں علامات بتدریج ترقی کرتے جاتے ہیں۔

بند کلوی تدرن میں اکثر مثانہ کی ایسی خراش پذیری کی سرگذشت موجود ہوتی ہے جس میں کچھ عرصہ سے تخفیف ہو گئی ہے۔ بول میں البیومن، خفیف سی پیپ یا چند سرخ خلیات موجود ہوتے ہیں۔ لاشعاعیں تکلیس ظاہر کرتی ہیں اور مثانہ بینی سے ایک مسدود اور باہر کھنچا ہوا حالب ظاہر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ناموافق حالات میں بند تدرن پھر فاعلی ہو جائے۔

تشخیص - ایک نوعمر بالغ شخص میں التہاب مثانہ کے علامات کی نمو یابی سے تدرنی گردہ کی موجودگی مترشح ہو گی، جب کہ ساتھ البیومن بولیت بھی موجود ہو جو ایک مستمر علامت ہوتی ہے۔ عقیم بول کے ساتھ صدید بولیت کی موجودگی بھی اس کا قوی شبہ پیدا کرتی ہے۔ ۲۰ فی صدی اصابتوں میں تلوین سے یا گینی پگ میں اشراب کرنے سے عصیات درنیہ نہیں ملتے۔ بعض اوقات سل ریوی میں خود گردہ تدرنی ہوئے بغیر درنی عصیہ بولیت واقع ہو جاتی ہے۔ اس عصیہ بولیت کے ساتھ غالباً ایک غیر نوعی تدرنی التہاب گردہ (non-specific tuberculous nephritis) (اوپر ملاحظہ ہو) موجود ہوتا ہے۔ لیکن عصیات درنیہ کے ہمراہ پیپ کی موجودگی کے یہ معنی ہیں کہ کلوی تدرن موجود ہے۔ بہت سی اصابتوں میں (لیکن سب میں نہیں) مثانہ بین سے امتحان کرنے پر تدرن کے مخصوص و ممیز مناظر نظر آتے ہیں۔ مشکوک اصابتوں میں حالبین کی قثطرت عمل میں لانی چاہیے۔ لیکن اگر مثانہ زیادہ ماؤف ہے تو یہ نہیں کی جا سکتی۔ گردوں کے لاشعاعیہ سے ۲۰ فی صدی اصابتوں میں مثبت نتائج حاصل ہوتے ہیں۔ ان میں سایے عموماً حصات کے سایوں کے نسبت زیادہ بے قاعدہ ہوتے ہیں اور ان کی کثافت اونی اور ناہموار ہوتی ہے۔ تاہم ایک جبنی تودے کا سایہ یکساں طور پر گہرا حاصل ہوتا ہے۔

اگر سارا گردہ ماؤف ہے تو گول یا بیضوی سایوں کی پچی کاری حاصل ہوتی ہے۔

انذار۔ جیسا کہ پہلے بتلایا گیا ہے بعض اوقات بلا عملیہ کے اندمال واقع ہو جاتا ہے۔ اعداد و شمار کے لحاظ سے تشخیص سے پانچ سال کے اندر شرح اموات ۵۰ فی صدی سے اوپر ہوتی ہے۔ عملیہ کی فوری شرح اموات ۲ تا ۳ فی صدی ہوتی ہے اور ۸۰ فیصدی تک کو بیماری سے صحتیابی حاصل ہو جاتی ہے۔

علاج۔ معمولی علاج گردہ برآری (nephrectomy) ہے۔ تناسلی اعضا کے تدرن کی موجودگی مانع عملیہ نہیں۔ لیکن اگر جسم میں کے کسی دوسرے مقام پر فاعلی تدرن موجود ہو، یا اگر دونوں گردے ماؤف ہوں تو عملیہ نہیں کرنا چاہیے۔ اگر عملیہ نہ ہو سکے تو ماورار بنفشی روشنی (ultra-violet light) ٹیوبرکیولین (tuberculin) اور دوسری عام تدابیر، جو سل ریوی کے بیان میں درج کی گئی ہیں، عمل میں لائی جائیں۔

استسقاء الکلیہ

(HYDRONEPHROSIS)

اس اصطلاح سے حوض گردہ کا یا کلامات گردہ کا اتساع مراد ہے، جو محبوس افراز سے پیدا ہو جائے۔ استسقاء الکلیہ ہر عمر میں ہوتا ہے، اور مردوں کے نسبت عورتوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ ممکن ہے کہ وہ پیدائشی ہو یا اکتسابی ہو۔ پیدائشی استسقاء الکلیہ ممکن ہے پیدائش کے وقت درحقیقت موجود ہو اور اس صورت میں وہ اس قدر بڑا ہو سکتا ہے کہ وضع حمل میں ایک خطرناک روکاوٹ پیدا کر سکتا ہے۔ یا ممکن ہے کہ وہ پیدائش کے بعد نمویاب ہو، گو وہ پیدائشی اسباب ہی کے باعث ہو۔ یا ممکن ہے کہ وہ تمام تر مابعد زندگی میں واقع ہونے والے مرض کا نتیجہ ہو۔ پیدائشی اسباب میں حالب کی مختلف غیر طبعی حالتیں شامل ہیں، جیسے کہ اس کا اپنے محور پر بل کھا جانا، اس میں شکن یا انطوار پیدا ہو جانا، اور غشائے مخاطی کا مصراعات کے طور پر مرتب ہونا، انقباضات کا ہونا، یا حالب کا لیفی رسی میں تبدل ہو جانا۔ دوسرا سبب ایک غیر متقوب حالب ہے۔ پیدائشی استسقاء الکلیہ اکثر دوسرے پیدائشی عیوب اور

اور تشوہات کے ہمراہ پایا جاتا ہے، جیسے کہ گرزپائی (club-foot)، خرگوشی لبی (hare-lip)، یا بیرونی اعضائے تناسل کے تشوہات۔ اور جو افراد اس میں مبتلا ہوتے ہیں وہ اکثر اوقات مردہ مولود (still-born) ہوتے ہیں، یا صرف تھوڑے عرصہ تک زندہ رہتے ہیں۔

اکتسابی استسقاء الکلیہ۔ پیدائشی استسقاء الکلیہ کے علاوہ، اکتسابی استسقاء الکلیہ کی چار قسمیں ہوتی ہیں (۱) کلوی، جو کہ بالعموم حصاۃ کے ہمراہ پائی جاتی ہے، اور ایک بڑا گردہ پیدا کرتی ہے جس میں کامات تسع ہوتے ہیں اور کلوی سنخیہ تلف ہو جاتا ہے۔ (۲) حوضی کلوی، جو کہ حوض اور حالب کے اتصال سے نیچے تسدد واقع ہونے کا نتیجہ ہوتی ہے۔ یہ تسدد درونہ میں واقع ہوتا ہے، مثلاً ایک مغروز حصاۃ سے، یا حالب کی دیوار میں واقع ہوتا ہے، مثلاً بالیدیا التہاب سے۔ یا مجری البول پر باہر سے یا اندر سے دباؤ پڑنے کا نتیجہ ہوتا ہے، جس میں بڑھا ہوا غدہ قدامیہ بھی شامل ہے۔ (۳) حوضی، جہاں حوض خاص طور پر متاثر ہوتا ہے، اور گردہ کا بہت اتساع واقع نہیں ہوتا۔ اس کو بلا زیادہ شہادت کے پیدائشی کہا گیا ہے، اور گردہ کی غیر معمولی حرکت پذیری، نافچہ کو جانے والی کلوی شریان کی تحتانی شاخ پر تشنج، حوضی حالبی اتصال پر مصراعات اور شکنوں کو بھی بطور توجیہات کے پیش کیا گیا ہے، لیکن وہ بھی بلا زیادہ شہادت کے۔ ایک زیادہ معقول توجیہ یہ ہے کہ ان مثالوں میں حوضی حالبی اتصال پر عاصرہ کا عدم ارتخاء موجود ہوتا ہے۔ (۴) جب پیشاب کا مستقل طور پر بڑھا ہوا بہاؤ ہو مثلاً ذیابیطس لطیخ میں تو حوض اور حالبین کا کچھ اتساع پایا جاتا ہے۔

یہ بار بار بیان کیا گیا ہے کہ ایک حیوان میں حالب کو گرہ دینے سے استسقاء الکلیہ پیدا نہیں ہوتا، لیکن یہ بیان صحیح نہیں ہے، چنانچہ تسدد کا وقوع، بجائے خود بہت سی اصابتوں میں استسقاء الکلیہ کی توجیہ کے لئے بالکل کافی ہوتا ہے اور یہ شرط قرار دینے کی کوئی ضرورت نہیں کہ ایسا تسدد نامکمل یا متوقف ہو۔

جب کامات تسع ہو جاتے ہیں تو گردہ میں مزمن خشکی (متعاقب) التہاب کلوی کے حسب ذیل تغیرات واقع ہو جاتے ہیں :۔ رنگ ہلکا گلابی یا پھیکا زرد ہوتا

ہے۔ تراشنے پر پایا جاتا ہے کہ اہرام چپٹے ہو گئے ہیں اور قشر و نسبتہً چوڑا ہے۔ خردبین کے نیچے دیکھنے پر گردے میں سپید خلیات کی دریزش پائی جاتی ہے، بالخصوص مالپیجی حیات کے گرد اور بین انبوبی بافت میں۔ کسیقدر رگوئی تغیر بھی ہوتا ہے، اور اس کے ساتھ انبوبی سر حلمہ میں کچھ تغیر۔ بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ یہ عمل یہاں تک ترقی کرے کہ جدید بافت کا انقباض ہو کر ندبات پیدا ہو جائیں۔ اگر تسدد نسبتہً نیچے ہے، مثلاً حالب کے مثانی دہنہ کے مقام پر، تو خود حالب پھول جاتا ہے۔ استسقاء الکلیہ کے ایسے معتدل درجے جن کے ساتھ گردہ کا متعاقب تصلب ہو، عورتوں میں رحم، مہبل اور مثانہ کے سرطان کا عام نتیجہ ہوتے ہیں۔ انتہائی اصابتوں میں حوض گردہ پھول جاتا ہے اور گردہ پھیل کر زیادہ زیادہ چوڑا ہوتا جاتا ہے، اور بالآخر ایک بڑا دویرہ بن جاتا ہے جس میں بہیا ۵۰ اونس بلکہ کئی پائنٹ سیال موجود رہنے کی گنجائش ہوتی ہے۔ یہ دویرہ ایک پتلی غشائی تھیلی پر مشتمل ہوتا ہے جس میں ممکن ہے کہ کہیں کہیں جرم گردہ کے حصے بھی موجود ملیں، لیکن بعض اصابتوں میں جرم گردہ کے کوئی آثار باقی نہیں رہتے۔ اس تھیلی کے اندر بعض اوقات فاصلات موجود ہوتے ہیں جو اسے جدا جدا کھفوں میں منقسم کر دیتے ہیں۔ جب حالب ماؤف ہوتا ہے تو ممکن ہے کہ وہ بہت زیادہ متسع ہو کر شاید چھوٹی آنت یا قولون کی جسامت کے برابر ہو جائے، یا متسع حوض اور گردے کے ساتھ بالکل مدغم ہو جائے۔ بلحاظ اس امر کے کہ پیدا کرنے والے ضرر یا ضررات کا مقام کیا ہے، استسقاء الکلیہ ایک یا دونوں گردوں کو ماؤف کر سکتا ہے۔ دوران حمل میں حالب پر رحم کا دباؤ پڑنے کی وجہ سے عموماً حوض کا کسیقدر اتساع پیدا ہو جاتا ہے۔

استسقاء الکلیہ کا مایع جرم گردہ کی اس مقدار کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے جو کہ باقی رہ گئی ہے۔ عموماً وہ نہایت مُرَقّق بول سے معادل ہوتا ہے۔ اور اس میں خفیف سا البیومن یا قدرے پیپ موجود ہوتی ہے۔ پیپ معتدبہ مقدار میں موجود نہیں ہوتی تاوقتیکہ پہلے التہاب حوض گردہ نہ ہو چکا ہو، اور اس حالت میں تقیح حوض گردہ کی سی کیفیت ہوتی ہے۔

علامات۔ اُس وقت جب کہ دوسرا گردہ تندرست ہو، ایک جانب کا معتدل تمدد ممکن ہے کہ کسی قسم کی کوئی علامت نہ پیدا کرے۔ اگر تمدد بہت زیادہ ہو

ایسی صورت میں ایک ورم بن جاتا ہے جو اس حالت کا نمایاں مظہر ہوتا ہے اور اُسکے خصائص ایک معمولی کلوی سلعہ جیسے ہوتے ہیں۔ یہ ورم ایک یا دوسرے پہلو میں ہوتا ہے، اور ضلعی حاشیہ سے لے کر عرف حرقفی تک پھیلتا ہے، اور اپنی جسامت کے لحاظ سے خط وسطی تک یا بلکہ اس کے آگے تک پہنچتا ہے۔ ممکن ہے کہ ۴۰ یا ۵۰ اونس
543 سیال رکھنے والا دویرہ شکم کا کوئی اُبھار بمشکل پیدا کرے، مگر اس کی موجودگی اُس مزاحمت سے معلوم ہوجائے گی جو گہرا دبانے سے حاصل ہوتی ہے، اور اس سے بھی کہ جب ایک ہاتھ سامنے اور دوسرا ہاتھ آخری پسلی کے نیچے رکھا جائے تو دونوں ہاتھوں کو قریب لا کر ملانا مشکل ہوتا ہے۔ نسبتاً بڑے دویرے شکم کی ایک غیر متشاکل کلانی پیدا کردیتے ہیں اور کوکھ اور پہلو باہر کو اُبھر آتے ہیں۔ بعض اوقات یہ دویرہ شکم کے بالائی حصے تک محدود ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ جگر کی اس کلانی سے مشابہ ہو جو کیسیہ (hydatid) سے پیدا ہوجاتی ہے۔ سلعہ چکنا یا لخلخک دار، بعض اصابتوں میں تنیدہ اور بعض میں بالکل پلپلا ہوتا ہے۔ اور بعض اوقات اُس میں تموج محسوس ہوسکتا ہے۔ قولون اُس کے سامنے واقع ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ ایک گمک دار سُر پیدا کردے۔

استسقاء الکلیہ کے سلعہ کا ایک اہم خاصہ یہ ہے کہ اُس کے مافیہا مثانہ کے اندر خارج ہوجانے سے اُس کی جسامت یکایک گھٹ جانے کا بلکہ غائب ہوجانے کا امکان ہوتا ہے۔ اِس کے بعد فوراً ہی مریض کثیر المقدار پیشاب خارج کرتا ہے۔ اور دویرہ بتدریج پھر بھر جاتا ہے۔ جسامت یا تنیدگی میں خفیف تر اختلافات بول میں کوئی متناظر تغیر محسوس ہوئے بغیر بھی واقع ہوسکتے ہیں۔ دویرے کی تنیدگی سے، یا آس پاس کے حصوں پر اُس کے دباؤ سے مقامی علامات پیدا ہوسکتے ہیں، جیسے کہ درد، قے، بُہر، یا قلب کے فعل میں مداخلت۔ لیکن ممکن ہے کہ یہ علامات بالکل غیر موجود ہوں۔ اور درد محض اسی وقت شدید ہوتا ہے جب کہ تسدد یکایک اور کامل ہو۔ استسقاء الکلیہ میں ممکن ہے بول میں زیادہ تغیر نہ ہوا ہو، کیونکہ تندرست گردہ دوسرے گردے کی قلت الفعل کی تلافی کردیتا ہے۔ دونوں جانب کے استسقاء الکلیہ کی اصابتوں میں یوریا دمویت کا واقع ہوجانا ممکن ہے۔ جب سلعہ نہ ہو تو تسدد کی ابتدائی ولالیتں

یہ ہوتی ہیں :۔ پشت یا شکم میں درد، وقتاً فوقتاً جزئی اسرالبول، اور پیشاب کا بار بار آنا۔

تقیح حوض گردہ (pyonephrosis) کو پیپ سے بھرا ہوا ایک استسقاء الکلیہ تصور کیا جا سکتا ہے۔ طبیعی امارات وہی ہوتے ہیں، لیکن عام طور پر ساتھ تپ ہوتی ہے، جیسا کہ جسم کے کسی دیگر حصے کے پھوڑے کے ساتھ ہو سکتی ہے، اور علاج جراحی ہوتا ہے۔

تشخیص۔ استسقاء الکلیہ کے سلعہ کو گرد کلوی خراج، تقیح حوض گردہ، جگر اور طحال کے کیسیہ سے، اور انتہائی اصابتوں میں استسقائے زقی اور مبیضی خراج سے متفرق کرنا پڑتا ہے۔ ممکن ہے کہ استسقاء الکلیہ، تقیح حوض گردہ اور گرد کلوی خراج میں سرگذشتِ مرض ایک جیسی ہو (مثلاً حصات کی سرگذشت)۔ پہلی حالت عموماً زیادہ طویل مدت کی ہوتی ہے اور اس میں شدید علامات، بلکہ کوئی بھی تشنجی علامات نہیں ہوتے، مگر دوسری دو حالتوں میں تقیح کے علامات کے ساتھ تپ موجود ملنے کا امکان ہے۔ گرد کلوی خراج میں حاد التہاب کے مقامی امارات بھی حاصل ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ تپ کی عدم موجودگی میں تقیح حوض گردہ کو استسقاء الکلیہ سے مشخص نہ کیا جا سکے، اور وہ حقیقۃً اسی سے نمو یاب ہو سکتا ہے۔ جگر یا طحال کا کیسیہ سامنے اور اوپر کی طرف دباتا اور نیچے کی پسلیوں کو ابھار دیتا ہے، مگر استسقاء الکلیہ پہلے کوکھ میں واقع ہوتا ہے۔ مبیضی سلعہ کو کلانی کی سرگذشت، رحم کے محل وقوع، اور دوپرے کے سامنے قولون کی عدم موجودگی پر سے شناخت کرنا چاہیئے۔ سلعہ کا خود بخود غائب ہو جانا، اور ساتھ ہی ہمزماں طور پر بول کا زیادہ خارج ہونا، استسقاء الکلیہ کی طرف اشارہ کرتا ہے، لیکن تشخیص کا واحد یقینی ذریعہ یوروسیلیکٹان (uroselectan) یا تقطری حوض نگاری ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۹ اور ۴۰)۔

انذار۔ ایک سادہ استسقاء الکلیہ ممکن ہے کئی سال تک کوئی تکلیف پیدا نہ کرے۔ گردہ بتدریج مذبول ہو جائے اور اس کا تمدد اس قسم کا ہو کہ کوئی شدید تکلیف نہ ہو۔ ایسی اصابت میں دوسرا گردہ بھی کسی نہ کسی وقت متاثر ہو جانے کا خطرہ ہے (حصاتی تسدد کی وجہ سے)۔ اگر دوپرہ بہت بڑی جسامت کا یا تنیدہ ہو جائے تو

ممکن ہے کہ وہ بار یطون نے اندر پھٹ جائے یا متصلہ عضوں (معدہ اور ڈایافرام) پر دباؤ ڈالے اور تنفس یا دوران خون میں مداخلت پیدا کرکے ہلاکت واقع کر دے۔

علاج ۔ اس کا علاج تخفیفی ہے لیکن آخر میں غالباً جراحی تدابیر کی ضرورت ہوگی۔ اگر ذیبرہ بڑا ہو تو بطور ایک عارضی تدبیر کے امتصاص عمل میں لایا جاسکتا ہے جس کے لئے سوئی کو پہلو میں ایک ایسے رقبے میں داخل کرنا چاہئے جو کہ قرع کرنے پر اصم ہو۔ بائیں طرف موزوں مقام وہ ہے جو کہ گیارھویں بین ضلعی فضا کے مقدم سرے پر واقع ہے۔ اور دائیں طرف آخری پسلی اور حرقفہ کے عرف کے بیچوں بیچ اور حرقفہ کے مقدمی فوقانی شوکہ سے ۲ انچ پیچھے۔

گردے میں نوبالیدیں

544

گردے میں مندرجہ ذیل سلعات پائے جاتے ہیں:۔ غدی سلعہ (adenoma)، لیفی سلعہ (fibroma) جو اہرام میں چھوٹی چھوٹی گول گرہیں بنا دے، بعض دموی جماؤ (leukæmic deposit) مرض ابیضاض الدم میں ملتی غدی سلعہ کے تودے، کہفکی عرقی سلعہ (cavernous angeioma)، حلیمی سلعہ (papilioma)، سرطانی سلعہ اور مضغی سلعات۔ لیفی سلعہ درحقیقت ایک عضلی سلعہ کے طور پر شروع ہوتا ہے، اور جوں جوں یہ سلعہ زیادہ پرانا ہوتا جاتا ہے لیفی بافت کا جماؤ ہوتا جاتا ہے۔ بالعموم صرف مضغی سلعات اور سرطانی سلعہ ہی ہیں کہ جو اتنے بڑے ہوسکتے ہیں کہ ان کی سریری اہمیت ہو۔ گردے کے بالائی قطب میں چھوٹے چھوٹے معین سرگردے (accessory suprarenals) بھی دیکھنے میں آتے ہیں۔ ان کی کوئی سریری اہمیت نہیں ہوتی۔

مضغی سلعات

(embryonic tumours)

یہ عموماً اولی ہوتے ہیں اور اکثر اوقات بالکل چھوٹے بچوں میں ہوا کرتے ہیں۔ گردہ بڑھ کر نہایت بڑی جسامت کا ہوجاتا ہے، اور اکثر آدھے شکم کو پر کر دیتا ہے۔ وہ

اکثر کلوی سلعہ کے معمولی خصائص پیش کرتا ہے اور کو کھ کو پُر کر کے باہر کے طرف اُبھار دیتا ہے، لیکن نیچے کے طرف اور اندر کو ناف کے طرف بھی بڑھتا اور قولون کو اپنے سامنے رکھتا ہے، اور گول یا بیضوی ہوتا ہے، اور تیز کوریں یا کٹاؤ نہیں رکھتا۔ نسیجیاتی لحاظ سے یہ سلعہ گردے کے نمو کا اعادہ کرتا ہے، یعنی اُنبیبی خلیات اور ایسے ہیکل سے بنتا ہے جس میں غیر مخطط عضلی ریشے موجود ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اُس میں گول خلیے اور تکلے نما خلیے بھی ہوں۔ اور اس کی کثافت مختلف ہوتی ہے، یعنی کبھی سخت اور کبھی اتنی نرم کہ سیال کے لئے استقصا کی ضرورت نظر آتی ہے۔ یہ سلعہ بہ سرعت بڑھتا ہے، نہ تو درد پیدا کرتا ہے اور نہ نزف، لیکن بالآخر خستگی اور نحول کے ذریعہ ہلاکت پیدا کر دیتا ہے۔ یہ اکثر دو جانبی ہوتا ہے۔

سرحلمی سرطانی سلعہ

(epithelial carcinoma)

یہ اوّلی ہوتا ہے یا ثانوی۔ ثانوی سرطان میں گرہکیں چھوٹی ہوتی ہیں، اور اُن کی موجودگی سے عموماً کوئی مخصوص علامات نہیں پیدا ہوتے۔ بالعموم اکثر دونوں گردے ماؤف ہوتے ہیں۔ اوّلی سرطانی سلعہ زیادہ تر ادھیڑ عمر یا زیادہ عمر والے اشخاص میں، اور عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ اکثر ہوتا ہے۔ اس کے دو خاص اقسام ہیں۔ (۱) ایک تو حوض میں (ل) خملی حلیمی سلعہ، جو کہ حالب اور مثانہ میں متعدد ہونے کا رجحان رکھتا ہے، اور (ب) حوض کا وہ سرطانی سلعہ ہے جو فلسمانی یا برزخی خلیوں پر مشتمل ہوتا ہے۔ آخر الذکر بہت جلد قرنی ہو جاتا ہے اور ایک تمثیلی سرحلمی سلعہ بن جاتا ہے۔ یہ حصات کے ساتھ ساتھ پایا جاتا ہے، اور جیسا کہ کبدی سرطان اور صفراوی حصات کی متماثل حالت میں ہوتا ہے، یہ فرض کیا جا سکتا ہے کہ یہ حصوات خراش کے مستمر منبع کا کام دیتے رہے ہیں۔ یہ زیادہ تر ایک ہی جانب کو ماؤف کرتا ہے۔ یہ استسقاء الکلیہ یا گردے میں خون (کلوی اجتماع الدم) کی وجہ سے گردے کی بہت بڑی کلانی پیدا کر دیتا ہے، لیکن جسم کے تناسب سے گردہ شاذ ہی اس جسامت تک پہنچتا ہے جس تک بچوں میں لحمی سلعہ (sarcoma) پہنچتا ہے۔

(۲) دوسرے وہ سلعہ ہے جو کہ خود جرم گردہ سے پیدا ہو جاتا ہے۔ خلیات میں نہایت

سرعت کے ساتھ شریانی انسلاط اور مائی تمدد واقع ہو جاتا ہے، اور جب یہ حالت ہوتی ہے انھیں سلعات گراوٹز (Grawitz tumours) کہتے ہیں، یا بوجہ اس قریبی مشابہت کے جو ان کے عناصر فوق الکلوی قشرے کی حزمی تہ کے ساتھ رکھتے ہیں، انھیں برکلوی سلعہ (hypernephroma) کہتے ہیں، اور خیال کیا گیا ہے کہ وہ جرم گردہ میں فوق الکلوی باقیات سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ لیکن وہ ایسے خصائص پیش کرتے ہیں جو فوق الکلوی ساختوں کے اندر نہیں موجود ہوتے، اور زیادہ اغلب یہ ہے کہ وہ تلفیفی کلوی انیبیات کے خلیات سے پیدا ہونے والی سرطانی بالیدیں ہیں۔ وہ اکثر کیسہ بند ہوتی ہیں اور تراشنے پر بے قاعدہ طور پر لختکوں میں منقسم نظر آتی ہیں۔ یہ تقسیم لیفی بافت سے ہو جاتی ہے۔ ساتھ ہی منتشر رقعے بھی ہوتے ہیں، جن میں سے کچھ تو شوخ زرد رنگ کے اور کچھ سرخ یا رمادی رنگ کے ہوتے ہیں۔ علاوہ ازیں دُوپرے بھی ہوتے ہیں جنکی دیواریں منکلس ہو سکتی ہیں۔ سلعی خلیات جسامت میں مختلف ہوتے ہیں، اور اکثر عفرتی جسامت تک پہنچ جاتے ہیں۔ وہ انیبیبی یا جوفیزی ترتیب رکھتے ہیں، یا عروق کے گرد نصف قطری صورت میں جمع ہوتے ہیں۔ سریری لحاظ سے یہ سلعات خاص طور پر اہم ہیں، کیونکہ یہ بآسانی حوض گردہ پر بڑھ آتے اور ہو کر دم بولیت پیدا کر دیتے ہیں۔ دوسری اصابتوں میں یہ طرازِ سلعہ فوق الکلوی سلعہ سے مشابہت نہیں رکھتا، بلکہ اس کے خلیات نسبتاً چھوٹی جسامت کے ہوتے ہیں اور ان کا نوات بڑا ہوتا ہے اور نخز مایہ کثیر التعداد ذرات کی وجہ سے بیا ہو جاتا ہے۔

علامات۔ یہ سلعہ دم بولیت اور درد ہیں۔ سلعہ کی امارات استسقاء الکلیہ کی امارات کے مماثل ہوتی ہیں (جو ملاحظہ ہو)۔ یہ بالعموم چکنا ہوتا ہے، لیکن ممکن ہے گرہ گیر ہو۔ اس کی حرکت پذیری انضمامات کی وجہ سے محدود ہو سکتی ہے۔ دست ورزی سے الیمیت ظاہر ہوگی۔ شاذ اصابتوں میں یہ سلعہ نبضان ظاہر کرتا ہے اور ممکن ہے کہ اس میں ایک خفیف سا صوتِ نفخ دے۔ دم بولیت کل اصابتوں میں سے ۹۰ فی صدی سے زیادہ میں ہوتی ہے، اور تقریباً ۰ فی صدی میں ابتدائی علامت ہوتی ہے۔ یہ وقفہ دار اور مقدار میں مختلف ہوتی ہے، اور ممکن ہے پتلے گول تھکے بنا دے۔ البیومن بلا خون کے موجود نہیں ہوتا تا وقتیکہ جداگانہ التہاب گردہ یا التہاب حوض الکلیہ و کلیہ موجود نہ ہوا ہو۔

اُس حالت میں ریمی خلیات بھی موجود ہوں گے ۔ بعض اوقات سرطانی خلیے شناخت ہو جاتے ہیں، لیکن ممکن ہے کہ وہ دموی جسیمات کے درمیان گم ہو جائیں ۔ یا مثانہ یا حوض گردہ کا سرحلمہ غلطی سے سرطانی خلیات سمجھ لیا جائے ۔ اور مجموعی طور پر تشخیص کے لئے اُن پر اعتبار نہیں کیا جا سکتا ۔ ممکن ہے کہ بول بالکل طبعی ہو ۔ درد اور البیمیت اختلاف پذیر ہوتے ہیں، اور اکثر اوقات ابتدائی درجوں میں غیر موجود ہوتے ہیں ۔ درد کوکھ میں مستمر طور پر ہوتا ہے، یا وہ چڈے میں سے ہو کر نیچے ران تک دوڑتا ہے یعنی تھکوں کے گذرنے میں قولنج کلوی کا درد (ملاحظہ ہو حصات الکلیہ) سلعہ کی توسیع لمفی غدد تک ہو جانے سے ممکن ہے کہ منوی وریدوں کی جڑوں پر دباؤ پڑ کر قیلۂ دوالیہ (varicocele) پیدا ہو جائے ۔ یا ممکن ہے کہ ٹانگوں کا اُذیما پیدا ہو جائے ۔

تشخیص ۔ سرطانِ گردہ کی شناخت درد، دم بولیت، اور کلوی خطے میں رسولی کی بہ یک وقت موجودگی سے ہو سکتی ہے ۔ غیر دردناک دم بولیت عام طور پر گردہ یا مثانہ کے سلعہ سے پیدا ہوتی ہے ۔ ایک جس پذیر سلعہ کو اولاً دوسرے اعضا کی کلانیوں سے متفرق کرنا چاہیئے ۔ ثانیاً گردے کے دوسرے امراض سے ۔ کلوی سلعہ اور دوسرے اعضا کے درمیان تفریق کے نکات بیان کئے جا چکے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 505) ۔ اگر سرطانِ قولون گردے کے سرطان کی مشابہت پیدا کر دے تو معوی علامات بیشتر موجود ہوتے ہیں ۔ بائیں جانب پر جمع شدہ براز جسامت اور کثافت میں زیادہ تغیر پذیری ظاہر کرتے ہیں، اور حقنہ کے استعمال سے تشخیص واضح کی جا سکتی ہے ۔

گردے کے وہ امراض جو سرطان سے مشابہ ہو سکتے ہیں یہ ہیں :— تقیح حوض الکلیہ، استسقاء الکلیہ، کیسیہ، دُویری انحطاط، اور تدرنی مرض ۔ پہلے تین سے اسکی تفریق یوں کی جاتی ہے کہ یہ چھونے سے ٹھوس معلوم ہوتا ہے ۔ ایک تنیدہ گلو بچہ نما سطح سے دُویرے کی تائید ہوگی، لیکن ممکن ہے کہ ایک تختک دار استسقاء الکلیہ غلطی سے نو بالید سمجھ لیا جائے ۔ جس وقت تدرنی مرض (tuberculous disease) اتنی کافی کلانی پیدا کرتا ہے کہ وہ سرطان سے مشابہ ہونے لگتا ہے، وہ عملاً تقیح حوض الکلیہ بن جاتا ہے ۔ دُویری مرض (cystic disease) عموماً دونوں گردوں کو ماؤف کرتا ہے، اور اس میں سرطان کے دوسرے مقامی امارات نہیں موجود ہوتے ۔ ہلکے رنگ کے

کثیر المقدار پیشاب ہے، جس میں خفیف سا البیومن موجود ہو۔ اس کی شناخت ہو جانی چاہئے۔ یوروپیلیکٹان کے بعد لاشعاعیں، مثانہ بینی اور تقطیری حوض نگاری تشخیص میں استعمال کرنی چاہئیں۔ لاشعاعی منظر اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ ممکن ہے ایک کمامہ اطالت پذیر ہو جس کا ایک پہلو شاید کسی گول رسولی کی طرف رخ رکھنے کی وجہ سے مقعر ہو یا حوضی سلعہ کی حالت میں حوض میں نقص پُری پایا جائے۔

علاج۔ علیہ پذیر اصابتوں میں علاج کلیہ برآری (nephrectomy) ہے۔ تینتیس میں سے دس مریض ایسے تھے جو ۲ سال سے لے کر ۲۱ سال تک زندہ رہے (22)۔

گردے کے دُویرے

گردے کا دویری مرض اشکالِ ذیل میں واقع ہوتا ہے:۔ (۱) ذراتی گردوں میں چھوٹے دویرے جن کا تذکرہ پہلے کیا جا چکا ہے۔ (۲) وسیع دویری تغیر جیسے دُویری مرض یا کثیر دویری گردہ (polycystic kidney) کہتے ہیں۔ (۳) سادہ دویرے (۴) اَدَمہ آسا دویرے (dermoid cysts)، جو نہایت شاذ ہیں اور وہی خصائص رکھتے ہیں جو دوسرے مقامات پر ہوتے ہیں۔ اور (۵) کیسیتی دُویرے، جن کا تذکرہ ہو چکا ہے۔

دُویری مرض

(cystic disease)

(اکثیر دویری گردہ =polycystic kidney)

یہ ایک پیدائشی مرض ہے، اور ممکن ہے کہ جنین میں بہت بڑا شکمی تمدد پیدا کر کے وضعِ حمل میں خطرناک مشکل پیدا کر دے۔ کم ترقی یافتہ درجوں میں ممکن ہے کہ زندگی ضائع نہ ہو۔ اس صورت میں یہ مرض ہر عمر میں مل سکتا ہے۔ یہ حالت عموماً دوجانبی ہوتی ہے۔ بالغوں میں گردوں کا وزن ۱ تا ۵ یا ۶ پاؤنڈ ہوتا ہے۔ یہ مرض عورتوں کی نسبت مردوں میں زیادہ عام ہوتا ہے۔

امراضیات ۔ تراشنے پر گردے تقریباً تمامتر مختلف الجسامت دو یروں پر
546 مشتمل نظر آتے ہیں جن میں ایک سیال بھرا ہوا ہوتا ہے جو صاف یا گدلا، زرد، گلابی، سرخ یا ارغوانی، اور بعض اوقات لزج، کولائڈ یا ریمی ہوتا ہے ۔ اس سیال میں البیومن ہمیشہ اور کبھی کبھی دموی قرص، سپید خلیے، اور کولیسٹیرین (cholesterin) پائے جاتے ہیں، لیکن عموماً یوریا اور یورک ایسڈ غیر موجود ہوتے ہیں ۔ یہ دو یرے لیفی بافت سے محصور ہوتے ہیں، جس میں کلوی بافت کے محض باقیات ہی مل سکتے ہیں ۔ ان دو یروں میں سیر حلمہ کا استر ہوتا ہے ۔ حوض، حالب، اور مثانہ تندرست ہوتے ہیں، یا ممکن ہے کہ حالب متسع ہو۔ ان گردوں کی امراضیات اب بھی مشکوک ہے ۔ شیٹوک (Shattock) کی یہ رائے وسیع طور پر تسلیم کرلی گئی ہے کہ ان گردوں کے نمو میں ایک نقص واقع ہو گیا ہے ۔ یہ دو مختلف منبعوں سے بنتے ہیں ۔ حوض اور مجمع انبیبات (collecting tubules) حالب کی ایک برافزائش سے بنتے ہیں جو وولفین ڈکٹ (Wolffian duct) سے ماخوذ ہوتی ہے ۔ بقیہ گردہ اُس "درمیانی خلوی تودے" سے پیدا ہوتا ہے جو سیلوم (cœlom) کے میان ناہض سے ماخوذ ہوتا ہے ۔ جب یہ دونوں باہم ملنے میں ناکام رہتے ہیں تو گردوں کا افراز خارج نہیں ہوتا اور مقامِ انصال سے اوپر دو یرے بن جاتے ہیں ۔

علامات ۔ پیدائشی دو یری مرض میں ممکن ہے کہ گردے شکم کے بیشتر حصے کو پُر کرکے ڈایافرام پر دباؤ ڈالیں، اور رحمِ مادر کے اندر، یا دورانِ وضع حمل میں موت واقع ہو جائے ۔ یا ممکن ہے کہ بچہ چند ماہ تک زندہ رہے، یا مرض یک جانبی ہونے کی حالت میں چند سال تک زندہ رہے اور پھر بالآخر یوریا دمویت کی وجہ سے موت واقع ہو جائے ۔ یہ تغیر اکثر دوسرے پیدائشی تشوہات کے ساتھ پایا جاتا ہے، جو بولی اعضا اور دوسرے حصص میں ہو سکتے ہیں ۔

بالغوں میں علامات اکثر نہایت مبہم ہوتے ہیں، لیکن وہ ثانوی منقبض گردہ (جو ملاحظہ ہو) کے علامات سے مشابہ ہوتے ہیں ۔ بعض اوقات دم بولیت ہوتی ہے ۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں قلب کی بیش پرورش اور بلند شریانی تناؤ اور خون میں یوریا کی زیادتی ہوتی ہے ۔ ممکن ہے قطنی درد ہو ۔ گردے اکثر اس قدر کافی بڑے ہوتے ہیں کہ

بہ آسانی محسوس ہو سکتے ہیں۔ وہ گردوں کے معمولی محل وقوع میں ہوتے ہیں اور گول سخت یا مختلف حصوں میں لچکدار ہوتے ہیں اور سانس اندر لینے میں نیچے اتر آتے ہیں اور ایک گردہ بالعموم دوسرے گردے کی نسبت بڑا ہوتا ہے۔ اختتام ثانوی منقبض گردہ کے مانند ہوتا ہے اور انذار کلوی وظیفہ کے کاشفات پر منحصر ہوتا ہے۔

تشخیص ۔ یہ اس امر پر منحصر ہے کہ دونوں طرف دونوں گردوں کا مختلف جسامت کا تورم پایا جائے جو بلا غیئی علامات کے ہو لیکن کلوی وظیفہ ناقص ہو۔ یوروسیلیکٹان کے بعد لاشعاعیں ظاہر کرتی ہیں کہ تمام کمامات اطالت پذیر ہوکر مکڑی جیسے زائدات بن گئے ہوں (22) ۔

علاج وہی ہے جو کہ ثانوی منقبض گردے کا ہوتا ہے۔

سادہ دُوَیرے

بعض اوقات نہایت بڑی جسامت کے دُویرے پائے جاتے ہیں ۔ ممکن ہے کہ وہ قطر میں ۳ یا ۴ انچ اور استثنئی صورتوں میں نسبتاً بہت زیادہ بڑے ہوں ۔ وہ قشرے سے پیدا ہوکر سطح پر ابھر آتے ہیں ۔ اُن کے اندر صاف و شفاف یا جیلاتینی سیال ہوتا ہے، جس میں قدرے البیومن اور کچھ ملحات ہوتے ہیں لیکن یوریا یا یورک ایسڈ نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ باقی ماندہ گردہ بالکل تندرست ہو۔ ممکن ہے کہ ایسے دویرے دوران زندگی میں شناخت نہ ہوں ۔ اگر زیادہ بڑے ہوں تو یہ ایسی رسولیاں بنا دیتے ہیں جن کا جراحی علاج ممکن ہے اُسی اصول پر کرنا پڑے جس پر کہ استسقاء الکلیہ کا کیا جاتا ہے۔

حرکت پذیر گردہ

(MOVABLE KIDNEY)

حرکت پذیر گردے کا نام ایسے گردے کو دیا جاتا ہے جو اپنی طبعی وضع سے بآسانی ہٹ جائے اور شکم کے اندر کم و بیش آزادانہ طور پر ہلایا جا سکے ۔ یہ غیر معمولی حرکت پذیری پیدائشی ہو سکتی ہے یا اکتسابی ۔

پیدائشی حرکت پذیری ایک کلوی ماسا بقا (mesonephron)
کی موجودگی کے باعث ہو سکتی ہے۔ یعنے گردہ (قولون کی طرح) جزءً یا کلی طور پر باریطون سے
گھرا ہوا ہوتا ہے، اور اس طرح اعضاء شکم کے درمیان آزادانہ حرکت کرنے کے قابل ہوتا
ہے۔ یہ حالت بالکل شاذ ہے۔ بعض اوقات اِسے سابح گردہ کے نام سے تمیز کرتے ہیں۔

اکتسابی حرکت پذیری نسبتۃً بہت زیادہ عام ہے۔ یہ مردوں کے نسبت
عورتوں کو زیادہ ماؤف کرتی ہے۔ اور دایاں گردہ بائیں گردے سے تیرہ یا چودہ بار زیادہ
اکثر حرکت پذیر ہوتا ہے۔ بعض اوقات دونوں گردے ایک ساتھ ماؤف ہوتے ہیں۔
547 مریض کی عمر زیادہ تر بیس اور پچاس سال کے درمیان ہوتی ہے۔ یہ مرض بالخصوص اُن
حالتوں سے پیدا ہو جاتا ہے جو گردے کے گِرد کی بافتوں اور ساختوں، اور خاص کر
اُس کے شحمی کیسہ اور باریطون کو کھینچ کر تان دیتی یا ڈھیلا کر دیتی ہیں۔ شاید سب سے
زیادہ کثیر الوقوع سبب متواتر استقرار حمل ہے، جس سے باریطون پر کھنچاؤ پڑتا ہے
اور وہ تن جاتا ہے اور وضع حمل کے بعد پھر اُس کی طبعی تنیدگی عود نہیں کرتی لیکن حرکت
پذیر گردہ صرف اُنھیں افراد تک محدود نہیں جن کو بچے ہو چکے ہوں۔ بعض اوقات
ممکن ہے کہ نحول گردے کے گِرد کی چربی کو گھٹا کر اس حالت کا سبب بن جائے۔ بہت سے
مریضوں میں شکم لٹکا ہوا ہوتا ہے، اور شکمی اور حوضی بافتوں میں تنش کی وہ عام کمی
ہوتی ہے جس کو مرضِ گلینارڈ (Glenard's disease) کہتے ہیں۔ گردے کی جسامت
کی زیادتی جو کسی سبب سے بھی ہو اِس حالت کو پیدا کر دینے میں مُمد ہونی چاہیے۔ یہ
حالت تنگ کمر بند وغیرہ (tight-lacing) کی طرف منسوب کی گئی ہے، لیکن بارہا
یہ ایسے اسباب کے بدوں پیدا ہو جاتی ہے۔

علامات۔ زمانۂ موجودہ میں اس امر کے متعلق بہت شک کیا جاتا ہے کہ
حرکت پذیر گردہ کسی علامت کا سبب ہو سکتا ہے۔ ان علامات کو متلازم التہاب حوض،
استسقاء الکلیہ یا دیگر متلازم مرض کا نتیجہ تصور کیا جاتا ہے۔ اس امر کی کوئی شہادت
نہیں ہے کہ حرکت پذیر گردہ تشویش یا ہسٹیریا کا موجب ہوتا ہے۔ حرکت پذیر گردہ
کی طرف جو علامات منسوب کی گئی ہیں وہ یہ ہیں:- کوکھ میں یا شکم کے ماؤف پہلو میں
ایک بوجھ یا کھنچاؤ یا درد کا احساس۔ اور یہ مستمر ہو سکتا ہے، چلنے یا زور لگانے سے

زیادہ ہو جاتا ہے اور لیٹ جانے سے کم ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ وقتاً فوقتاً نام نہاد تخنیق گردہ (strangulation of the kidney) کے شدید دورے (حرجاتِ ڈائشل = Dietl's crises) ہوں جن میں کلوی خطے میں شدید درد اور الیمیت ہوتی ہے اور ساتھ ہی پیشاب قلیل المقدار گہرے رنگ کا بلکہ خون آمیز ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ قئے اور کسلمندی بھی ہو مگر عموماً تپ زیادہ نہیں ہوتی۔ ایسا حملہ ایک ہفتہ یا زائد عرصے کے دوران میں رفع ہو جاتا ہے اور وہ غالباً گردے کی حرکت سے کلوی عروق کے بل کھا جانے یا تنگی کے باعث ہو جاتا ہے۔

حرکت پذیر گردہ کا ثبوت یہ ہے کہ شکم کا جس کرنے پر وہ محسوس ہو جائے۔ کوکھ میں شہیق کے ختم پر ایک چکنا مستحکم گول سلعہ محسوس ہوتا ہے جو گردے کی جسامت کے برابر ہو۔ امتحان دونوں ہاتھوں سے کرنا چاہئے یعنے ایک ہاتھ تو آخری پسلی اور عرف حرقفی کے درمیان زور سے اندر دبایا جائے اور دوسرا سامنے شکم پر ہو۔ اگر حرکت پذیر گردہ آخری پسلی اور عرف حرقفی کے درمیان واقع ہو تو وہ کم و بیش تمام سمتوں میں لیکن نہایت آسانی کے ساتھ صدر کی طرف ہٹایا جا سکتا ہے اور اس صورت میں ممکن ہے کہ یہ رسائی سے بالکل باہر ہو جائے اور پہلو طبعی حالت میں رہ جائے۔ تشخیص کی تصدیق کرنے کا بہترین ذریعہ یہ ہے کہ یوروسیلیکٹان (uroselectan) کا اشراب کرنے کے ۱۵ منٹ بعد اور افقی فلم لینے کے فی الفور بعد انتصابی وضع میں مریض) کی لاشعاعی تصویر لی جائے۔

علاج ۔ اوپر جو کچھ کہا گیا ہے اس سے ظاہر ہے کہ جس چیز کے علاج کی ضرورت ہے وہ علامات پیدا کرنے والی متلازم حالت ہے نہ کہ حرکت پذیر گردہ۔ اگر گردے کو اپنی طبعی وضع میں رکھنا منظور ہو تو، بہترین آلہ شکمی پیٹی ہے، جیسی کہ سقوط معدہ کے عنوان کے تحت بیان کی گئی ہے، نہ کہ خود گردہ کے ساتھ براہ راست لگانے کی کوئی گدی۔ مزید غرض یہ ہونی چاہئے کہ عضلات شکم کو موزوں کسرتی ورزشوں کے ذریعہ طاقتور بنایا جائے۔ تخنیق کے علامات کا علاج یہ ہے کہ کامل آرام و سکون دیا جائے، کوکھ اور شکم پر پلٹسیں اور گرم تکمیدات لگائے جائیں، اور افیون یا مارفیا کو بذریعہ اشراب یا شافہ استعمال کیا جائے۔

سنگِ گردہ

(RENAL CALCULUS)

(کلوی حصاتیت = nephrolithiasis)

بولی حصات کے اقسام حسب ذیل ہیں۔ ان میں سے پہلے پانچ نسبتہً عام تراشکال ہیں۔ دوسرے نسبتہً بہت زیادہ شاذ ہوتے ہیں :۔

(۱) یورک ایسڈ (uric acid)۔ سخت، شکل میں گول یا بیضوی، چکنا یا باریک طور پر پردانہ دار، بعض اوقات تماس کی وجہ سے رویک دار۔ زردی مائل، ہلکے بادامی یا سرخی مائل رنگ کا۔ جسامت میں بیخ خشخاش کے بیجوں سے لے کر رائی کے بیجوں یا مٹر کے برابر، اور کبھی کبھی نسبتہً بہت زیادہ بڑے ہوتے ہیں۔ بار ہا یہ بہت تعداد میں ہوتے ہیں۔

(۲) سوڈیم یوریٹ (sodium urate)۔ یہ نرم ہوتے ہیں۔ جسامت عموماً بڑی نہیں ہوتی۔

(۳) کیلسیم آگزیلیٹ (calcium oxalate)، یا حصاتِ شہتوتی (mulberry calculus)۔ یہ نہایت سخت، کھردرے یا سطح پر ناہموار، رنگ میں سیاہی مائل بھورے ہوتے ہیں۔ جب نسبتہً چھوٹے ہوتے ہیں، تو یہ چکنے، گول، رنگ میں بادامی یا بھورے ہوتے ہیں۔ عموماً یہ منفرد ہوتے ہیں۔ 548

(۴) مخلوط کیلسیم اور امونیم میگنیسیم فاسفیٹ، یا گداخت پذیر حصات (fusible calculus)۔ اس بول میں جو امونیائی تحلیل سے قلوی ہو گیا ہو، مخلوط فاسفیٹس مرسوب ہو جاتے ہیں۔ ایسی تحلیل اس وقت واقع ہو جاتی ہے جب کہ بول مثانہ یا متسع حوضِ کلیہ میں محبوس ہو جاتا ہے۔ یہ شاذ ہی کسی پتھر کا نوات بناتے ہیں، بلکہ یورک ایسڈ یا آگزیلیٹ کے دوسرے حصاتوں پر، اجسامِ غریبہ پر (مثلاً اُن میں جو مثانہ میں ہوں) اور مثانہ یا حوضِ کلیہ کی ملتہب غشائے مخاطی پر تہ نشین ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اس طرح وہ مثانہ کے حصات کی جسامت کو نہایت بڑا کر دیں، اور حوض میں ایسے انجمادات بنا دیں

جو قسمت اور کنانات کلیہ کے مطابق ڈھلے ہوئے ہوتے ہیں۔ **شجر ینی حصوات** (dendritic calculi)- یہ جماؤ سپید، نرم، اور بھربھرا ہوتا ہے، اور تھکنی سے گھل کر ایک نرم کا مینا بن جاتا ہے۔

(۵) **کیلسیم فاسفیٹ** (calcium phosphate)- سپید اور کھریا مٹی جیسا سطح پر کسیقدر چکنا ہوتا ہے۔ اس کا کسر ترابی ہوتا ہے۔ جسامت مٹر سے لے کر مرغی کے انڈے کے برابر مختلف ہوتی ہے۔

(۶) **مخلوط**۔ فاسفیٹ آگزالیٹ اور یٹ فاسفیٹ یوریٹ آگزلیٹ۔ یوریٹ آگزالیٹ فاسفیٹ۔ یہ تمام حصاتوں کا ۶۰ فی صدی کی نمائندگی کرتے ہیں، اور آخرالذکر دو ہندوستان میں ۳۰ فی صدی کی (23)، جن میں سے اکثر مثانہ میں پائے جاتے ہیں۔

(۷) **کیلسیم کاربونیٹ** (calcium carbonate)- چھوٹا نہایت سخت، چکنا، رمادی، زردی مائل یا کانسی کے رنگ کا یہ حصات جسامت میں چھوٹے دانوں سے لے کر برازیل نٹ کے برابر تک ہوتے ہیں۔ یہ مویشیوں میں عام ہوتے ہیں۔

(۸) **سسٹین** (cystine)- عموماً بیضہ نما سطح ذراتی، زرد رنگ کی قلموں سے چمکدار تراشے پر نیم شفاف نظر آتے ہیں اور ساتھ ہی اُن میں شعاعی ساخت کے نشانات موجود ہوتے ہیں، اور کثافت کسیقدر نرم ہوتی ہے۔ کھلا رکھنے پر یہ حصات سبز ہو جاتے ہیں۔ ایک عدسہ کی مدد سے قلموں کی شش پہلو شکل نظر آ سکتی ہے۔

(۹) **زینتھین** (xanthine)- طبعی خصائص میں یورک ایسڈ کے حصاتوں کی طرح، لیکن دارچینی کے رنگ کے۔ لائکر امونی (liquor ammoniæ) اور لائکر پوٹاسی (liquor potassæ) میں حل پذیر۔ یہ نہایت شاذ ہوتے ہیں، اور حوضِ کلیہ میں نہیں پائے جاتے ہیں۔

(۱۰) **یوروا سٹیالتھ** (urostealith)- یہ نرم چربیلے جماؤ ہوتے ہیں جو چند اصابتوں میں پائے گئے ہیں۔ ان میں سے ایک حصات تقریباً ایک ثلث کولیسٹرین اور چربی، ایک ثلث یورک ایسڈ اور کسیقدر آگزلیٹس پر مشتمل پایا گیا۔

(۱۱) **نیل** (indigo) - ایک بار آرڈ (Ord) کو حوضِ کلیہ میں اس کا حصات ملا جس کا وزن ۵۰ گرین تھا۔

بولی حصات جسامت میں بہت مختلف ہوتے ہیں۔ اُن کا قطر ۲ یا ۳ انچ ہو سکتا ہے، یا ممکن ہے کہ وہ نہایت چھوٹے ذرات یا ریزوں پر مشتمل ہوں، اور اس صورت میں اُن کو ریگ (gravel) کہتے ہیں۔

بیشتر حصاتوں کا مرکز یا نواۃ (یعنے وہ حصہ جو سب سے پہلے بنتا ہے) یورک ایسڈ کا ہوتا ہے۔ لیکن اُس کے اندر کیلشیم آگزیلیٹ یا سوڈیم یوریٹ بھی پایا گیا ہے۔ بعض حصات منجمد خون، مخاط، یا کلوی سانچوں کے نواۃ پر جمتے ہیں، اور ممکن ہے کہ فلیقۂ خون باش (Schistosomum hæmatobium) کے بیضے گردے کے پتھروں کا ابتدائی نقطہ بن جائیں۔ بیشتر حصات بولی انبیبات میں بنتے ہیں، اور بعض سرحلی خلیات تک میں (Ralfe)۔ خلوی جرم ایک "کولائڈ" کی طرح عمل کرتا ہے جس کے گرد حصات کی نمو یابی جماؤوں کے جدید اضافات کے ذریعہ ہوتی ہے، کیونکہ اِس امر کا ثبوت موجود ہے کہ بعض اصابتوں میں کلوی حصات قشرے کے اندر ایک دوپرے میں شروع ہو کر حوض کے اندر خارج ہو سکتے ہیں (36)۔ پیشاب کا تعامل، فاسفیٹز اور یوریٹز کی ترسیب کرنے میں جو اثر رکھتا ہے اس پر صفحہ 507 پر بحث کی گئی ہے۔ غالباً کلوی حصاتوں کی مزید بالیدگی اُن کے حوضِ گردہ میں خارج ہو جانے کے بعد ہوتی ہے۔

اسباب۔ حصات انگلستان کے متوسط یا مغربی حصوں کے نسبت مشرقی حصوں میں بہت زیادہ کثیر الوقوع ہے، نیز ہندوستان میں سندھ میں، شمال مغربی صوبۂ سرحد میں اور پنجاب میں۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ عام ہوتا ہے۔ تجربی شہادت سے معلوم ہوتا ہے کہ متعدد عوامل اس کا سبب ہیں۔ غذائی، خاص طور پر گیہوں کا آٹا، جیسے کا آٹا۔ حیاتین ا کا فقدان، جو کہ بولی خط میں سرحلی تقشر کا موجب ہوتا ہے۔ طبیعی کیمیاوی، یعنی غذا میں کیلسیئم کے مقابلہ میں فاسفیٹز کی قلت۔ سرایت، کلوی حصاتیت سے جو جراثیم سبحیہ کاشت کئے گئے ہیں وہ بولی خط کے لئے (23) ایک تمیزی پسندی ظاہر کرتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 347)۔

علامات۔ (۱) جب پتھر حوضِ گردہ میں موجود ہو تو ممکن ہے کہ وہ بالکل مخفی ہو یا نیچے بیان کئے ہوئے علامات پیدا کرے۔ ان علامات کا اطلاق حوض میں یا حالب میں ایک پتھر کی موجودگی پر ہو سکتا ہے، یا اُس پیپ پر ہو سکتا ہے جو متلازم التہابِ حوض کی وجہ سے آتی ہو۔ اور یہ علامات

نہایت چھوٹے سنگریزوں یا ریگ کی موجودگی سے پیدا ہو سکتے ہیں۔ (۲) اگر پتھر حالب
کے اندر آ گرے تو ممکن ہے کہ وہ معزوز ہو جائے، یا بمشکل آگے بڑھ کر قولنج کلوی، دم
اور بعض حالات میں تسدّدی اُسرالبول پیدا کردے (۳) کلوی پتھروں کے متا
اثرات، خواہ اس وقت جب کہ پتھر گردے میں ہوں، یا جب کہ اُن کا انغراز حالب میں
ہو چکا ہو، یہ ہیں:۔ التہاب حوضِ گردہ تمام درجوں کا، التہاب کلیہ و حوض کلیہ، التہا
گرد کلوی، گرد کلوی خراج، استسقاء الکلیہ اور تقیح حوض گردہ، جن کے علامات پہلے بیا
کیے گئے ہیں۔

اکثر ریگ اور سنگ درد قطنی کا سبب ہوتے ہیں، جو اکثر "درد کم
(lumbago) یا عضلی رثیت (muscular rheumatism) سمجھ لیا جاتا ہے۔ قطن
یہ درد یا مستمر درد جھٹکے لگنے یا ہلنے سے زیادہ تکلیف دہ ہو سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ حسر
حضرات میں عانہ سے اوپر اور قضیب میں بھی مستمر درد محسوس ہوں۔ یہ تبول کرنے پر نمودا
ہو جاتے ہیں اور اس فعل کے دوران میں یا اس کے بعد محسوس ہو سکتے ہیں۔ ممکن ہے
پیشاب بار بار آئے۔ اگر یہ علامات زیادہ طویل مدت سے موجود ہوں تو ممکن ہے کہ البیوم
پیپ یا مخاط، اور وقتاً فوقتاً تغیر پذیر مقداروں میں خون خارج ہو۔ کبھی کبھی پیشاب کے
چھوٹے سنگریزے یا ریگ خارج ہوتی ہے۔

قولنج کلوی (renal colic) حالب کے عضلی ریشوں کے لگاتار انقباض
باعث ہوتا ہے، اور یہ حوض گردہ میں پتھر کی خراش سے یا حالب میں اس کے انغرا
یا نیچے گذرنے کی وجہ سے پیدا ہو سکتا ہے۔ قولنج کلوی، صفراوی قولنج سے مشابہت
رکھتا ہے، اور اس کے ممیز خصائص شدید درد، قشعریرہ، متلی، اور قئے ہیں۔ یہ درد اُ
جانب کی کمر یا کوکھ میں ہوتا ہے، اور نیچے اور اندر کی طرف چڑھے اور خصیہ میں منتشر ہوتا
بعض اوقات رانوں، بلکہ ایڑی اور تلوے تک جاتا ہے، اور کبھی کبھی شکم، سینہ اور پشت
تک پہنچتا ہے۔ زیادہ شدید حملوں میں مریض درد کے مارے دُہرا ہو جاتا ہے، یا فرش
لوٹنے لگتا ہے، اور اُسے کثرت سے پسینہ چھوٹتا ہے، یا وہ شاحب پڑ کر مہبوط ہو جاتا ہے
اور ساتھ ہی اس کی نبض سریع اور ضعیف ہو جاتی ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ تپش بلند درجہ
ہو۔ اس کے ساتھ ہی متلی اور قئے ہوتی ہے، اکثر قشعریرہ ہوتا ہے، بلکہ بعض اوقات عمو

تشنجات بھی ہونے لگتے ہیں۔ اُسی جانب کا خصیہ بازکشیدہ، اور متورّم اور نہایت الیم ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ درد کچھ عرصہ کے لئے کم ہو جائے، مگر وہ پھر ہونے لگتا ہے، اور ممکن ہے کہ وہ فی الجملہ چند گھنٹوں یا ایک یا دو دن تک جاری رہے، یہاں تک کہ پتھر آخر کار مثانہ میں خارج ہو جائے، یا حوضِ گردہ میں واپس آجائے، اور پھر دفعتہً آرام معلوم ہوتا ہے، یا پہلو میں صرف ایک مستمر درد اور جلن کا احساس باقی رہتا ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ درد اُسوقت بھی موقوف ہو جائے جب کہ پتھر حالب ہی میں مغروز ہو کر رہ گیا ہو۔ دورے کے دوران میں پیشاب بار بار اور درد کے ساتھ ہوتا ہے، اُس کی مقدار تھوڑی ہوتی ہے، اور وہ شاید قطرہ قطرہ ہوتا ہے۔ اور اُس میں خون بھی موجود ہو سکتا ہے۔ شکم کا امتحان کرنے پر ممکن ہے کہ گردہ الیم اور عضلات کسی قدر اُستوار پائے جائیں، لیکن اُسقدر استوار نہیں کہ جتنے التہابِ باریطون میں ہوتے ہیں۔ حالب کے اسفل حصے کا پتھر بعض اوقات مستقیمی امتحان کرنے پر محسوس ہو سکتا ہے۔ یا ممکن ہے کہ پتھر حالب میں شناخت ہو جائے اور گردے سے مثانہ تک اُس کا گذر دیکھا جائے۔

ایسا حملہ خود بخود ہو سکتا ہے، یا ممکن ہے کہ کسی حرکت سے شروع ہو جائے، جو معلوم ہوتا ہے کہ پتھر کو اُس کی جگہ سے ہٹا دیتی ہے۔ قولنج کلوی اُسی مریض میں مکرر ہو سکتا ہے۔ اِس کا انحصار بلاشبہ پتھروں کی تعداد اور جسامت پر ہوتا ہے۔ ظاہر ہے کہ اگر پتھر حوضِ گردہ میں واپس چلا جائے تو دوبارہ مغروز ہونے پر وہ پھر قولنج کلوی پیدا کر سکتا ہے۔ مستثنیٰ اصابتوں میں حوضِ گردہ میں کے کثیر التعداد پتھر جس کرنے پر درد ڈراہٹ کے احساس سے شناخت ہو سکتے ہیں۔ طویل عرصہ کی غالیت کے بعد علامات کا بالکل رفع ہو جانا، پتھر کے دوبارہ بند ہو جانے کی وجہ سے ہو سکتا ہے۔

تسدّدی اُسرالبول (obstructive suppression) اُسرالبول سے مختلف ہے جو حاد امتلا، یا حاد مرضِ برائٹ کی وجہ سے پیدا ہو جاتا ہے، اور نمایاں اصابتوں میں اِس کے علامات نہایت واضح طور پر مختلف ہوتے ہیں۔ یہ اُس وقت پیدا ہو جاتا ہے جب کہ دونوں حالب ایک ساتھ مضغوط ہو جائیں، جیسا کہ عورتوں میں اُس وقت واقع ہوتا ہے جب کہ حوضی اعضا کا سرطان مثانہ کے قاعدہ پر حملہ کر دیتا ہے یا جب ایک گردے کے تصفیہ میں فساد واقع ہو گیا ہو، یا اُس کا استیصال کر دیا گیا ہو،

یا وہ کسی اور طرح معطل (hors de combat) ہو گیا ہو اور تندرست گردے کے حالب میں ایک پتھر مغروز ہو جائے ۔ اس حالت کو بعض اوقات مخفی یوریا دمویت (latent uræmia) کہتے ہیں ۔ بعض اصابتوں میں پیشاب خارج نہیں ہوتا ۔ بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ کچھ پیشاب طویل وقفوں کے بعد تھوڑی تھوڑی مقدار میں خارج ہو لیکن وہ صاف، پانی جیسا اور نہایت ادنیٰ کثافت نوعی (مثلاً ۱۰۰۶) کا ہوتا ہے، اور اس میں یوریا اور دوسرے جامدات کی نہایت تھوڑی مقدار موجود ہوتی ہے، اور تاوقتیکہ خون موجود نہ ہو یا التہاب مثانہ (جو سرطان مثانہ کے ساتھ ہوا کرتا ہے) کی وجہ سے پیشاب میں تبدیلی نہ واقع ہو گئی ہو اس میں کوئی البیومین نہیں ہوتا۔ 550
ابتدائے مریض کی حالت میں کوئی بڑی تبدیلی نہیں ہوتی ۔ ممکن ہے کہ وہ حسب معمول کھاتا ہو، لیکن اس کی عضلی طاقت کم ہو جاتی ہے، بے خوابی پیدا ہو جاتی ہے، اور کوئی پانچ یا چھ دن کے بعد عضلی جھٹکے، یا مزمن یوریا دمویت (chronic uræmia) کے جھٹکے ہونے لگتے ہیں، جن کے ساتھ سانس پھولنے لگتی ہے اور بالآخر قوما طاری ہو جاتا ہے، جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 530) ۔ بالعموم تسدد کے آغاز کے بعد نو سے گیارہ دن تک میں موت واقع ہو جاتی ہے، اور اس سے زیادہ نہایت شاذ ہی تاخیر ہوتی ہے ۔ اگر پتھر خارج ہو کر یا کسی نو بالید کے ٹوٹنے سے تسدد رفع ہو جاتا ہے تو ممکن ہے کہ شفا ہو جائے ۔

تشخیص ۔ تخیلی علامات، یعنے قطنی درد، دم بولیت اور البیومن بولیت، نہ صرف ایک اوسط جسامت کے پتھر سے پیدا ہو سکتے ہیں، بلکہ باریک ریگ اور یورک ایسڈ کی قلموں سے بھی ہو سکتے ہیں، جو حالب میں سے بہ آسانی گذر جائیں گے ۔ اور ان اصابتوں میں دردِ خصیہ اور بار بار پیشاب آنا بھی موجود ہو سکتا ہے ۔ قولنج کا شدید دورہ جس میں دم بولیت اور درد خصیہ اور خصیہ کی بازکشیدگی بھی ہو، پتھر کی موجودگی کا نہایت قوی ثبوت ہے ۔ لیکن ممکن ہے وہ سرطان، تدرن اور التہاب حوض الکلیہ الکلیہ کا نتیجہ ہوں۔

سرطان گردہ میں نزف اکثر زیادہ وافر اور زیادہ مسلسل ہوتا ہے ۔ پیشاب میں خون کے بعد جیلاتینی سرخ تھکے نظر آتے ہیں، اور بعض اوقات خوردبین سے سرطانی خلیے مل سکتے ہیں ۔ مناسب وقت پر رسولی پائی جائے تو اس سے تشخیص میں مدد



الف



ب

الف، ب کلوئی تصاویر۔ ب میں ایک چھوٹا سا گروہ گردہ کے زیریں قطب پر ملاحظہ ہو (شعاعی نگاشتیں مسٹر لنڈ سے لاک نے لی ہیں)

بالمقابل صفحہ 550

ملے گی۔ پتھر کا امکان نوعمر مریض میں زیادہ ہوتا ہے، لیکن پتھر یا سرطان ہر دو اوسط عمر یا زیادہ عمر میں موجود ہو سکتے ہیں۔ گردے کا تدرن ممکن ہے کہ قطنی درد، بار بار پیشاب آنے اور پیشاب میں پیپ بلکہ خون آنے سے حصات کی مشابہت پیدا کر دے۔ اول الذکر میں تدرن کی خاندانی یا ذاتی سرگذشت یا تدرن کی موجودہ دلالتیں موجود ہو سکتی ہیں۔ دم بولیت اور گردے کا درد نسبتۃً کم نمایاں اور کم ممیز ہو سکتا ہے۔ التہاب کلیہ حوض کلیہ کی مشابہت بار بار پیشاب آنے سے پیدا ہو سکتی ہے، بالخصوص اگر دم بولیت غیر موجود ہے، قطنی درد کے مابق حملے، اور اگر پیپ موجود ہے تو بول کا ترشئی تعامل، یہ امور کلوی مبدا کی تائید میں ہوتے ہیں۔

آج کل کلوی اور حالبی حصات کی تشخیص میں ہمیشہ لاشعاعوں کا استعمال کیا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۱۴۱)۔ لیکن یورک ایسڈ کے حصات لاشعاعوں کے لئے غیر شفاف نہیں ہوتے۔ پتھر کی چھاؤں کو (۱) لمبے وریدی حصوات (phleboliths) سے ممیز کرنا چاہئے، جو متعدد ہو سکتے ہیں اور ایک ورید کے خط میں ہوتے ہیں نہ کہ حالب کے خط میں۔ نیز (۲) اُسے مکلّس غدد سے ممیز کرنا چاہئے جو گردہ در گردہ واقع ہوتے ہیں۔ تشخیص کی مشکلات یوروسلیکٹان (uroselectan) یا حوض نگاری (pyelography) کی مدد سے دور کی جا سکتی ہیں جو حالب کے خط کو ظاہر کر دیں گے۔ نیز ایک قاثاطیر سے پتھر کو چھو سکتے ہیں۔ اگر مثانہ بین سے مثانہ کا امتحان کیا جائے تو ایک یا دوسرے حالب کے قریب غشائے مخاطی کی خراش کے امارات دیکھے جا سکتے ہیں، اور ممکن ہے کہ کسی ایک حالب میں سے بہنے والا پیشاب از حد آہستہ آ رہا ہو یا اُس میں خون یا پیپ کے خلیے موجود ہوں (نیز ملاحظہ ہو گردہ اور مثانہ کا امتحان)۔ آخر میں بعض اصابتوں میں گردے یا حالب پر ایک استقصائی شگاف لگانا جائز ہے۔

یہ بالکل صاف معلوم ہوتا ہے کہ نہ صرف حصات خود اپنی جانب پر درد پیدا کرنے کے ساتھ ساتھ مقابل کوکھ یا پہلو میں درد پیدا کر سکتا ہے، بلکہ مستثنے اصابتوں میں یہ درد صرف تندرست گردے والی جانب میں ہی محسوس کیا گیا ہے۔ سنگِ گردہ فوق العانہ درد بھی پیدا کر سکتا ہے اور اس طرح سنگ مثانہ کی نہایت قریبی مشابہت پیدا کر سکتا ہے۔ یہ درد ضرور معکوس طور پر پیدا ہوتے ہوں گے، اور ان سے ظاہر ہوتا ہے کہ

بولی خطے کے تمام حصوں کے عصبی تعلقات ایک دوسرے کے ساتھ کس قدر قریبی رشتہ رکھتے ہیں۔ ممکن ہے اسفل حالب کے حصات کے علامات وہی ہوں جو اسفل بولی خطے کی خراش سے پیدا ہو جاتے ہیں، اگرچہ اس قاعدے کے بہت سے مستثنیات ہیں۔

علاج۔ ریگ کا (اس وقت جب کہ وہ یورک ایسڈ کی وجہ سے ہو) تدارک پست پیورینی غذا کی تجویز سے کرنا چاہئے (ملاحظہ ہو نقرس) اور ایسی ادویہ کے استعمال سے جو پیشاب کو کم ترشی کر دیں۔ کارگر ترین ادویہ پوٹاسیئم یا سوڈیئم کے سائٹریٹ ایسیٹیٹ اور بائی کاربونیٹ ہیں جنہیں ۳۰ تا ۶۰ گرین کی مقداروں میں ۳ یا ۴ اونس پانی میں روزانہ دو یا تین بار، یا رات کو آرام کرنے سے پہلے ایک نسبتاً زیادہ بڑی مقدار میں دینا چاہئے، کیونکہ رات کے وقت یورک ایسڈ کی ترسیب کا رجحان سب سے زیادہ ہوتا ہے پیشاب کا تعامل اس وقت دیکھنا چاہئے جب کہ بیدار ہونے پر پیشاب کیا جائے۔ ۱۰-۱۱ بجے جبکہ قلوی مدّ اپنے اعظم درجہ پر ہوتا ہے، اور رات کے وقت عشائیہ سے پہلے اور بستر پر جانے سے پہلے۔ 551 نصب العین ۶ اور ۷ کے درمیان PH ہونا چاہئے (ملاحظہ ہو پیشاب کا تعامل)۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ پیشاب اتنا قلوی ہو کہ فاسفیٹ کی ریگ یا فاسفیٹ یولیت پیدا کر دے یعنی وہ ۸ء۶ یا اس سے اوپر PH کا ہو۔ ممکن ہے اس کا سبب پست پروٹینی غذا اور سبزیوں اور پھل کی افراط ہو۔ پروٹین بڑھانے کے علاوہ جس سے لازماً فاسفیٹ کا اخراج بھی بڑھ جاتا ہے، تعامل کو زیادہ ترشی بنانے کا طریقہ یہ ہے کہ امونیم کلورائیڈ (ammonium chloride) یا کیلسیئم کلورائیڈ (calcium chloride) دیا جائے (ملاحظہ ہو التہاب حوض الکلیہ کا علاج)۔

اگر پتھر درحقیقت بن گیا ہے تو وہ کسی طبی علاج سے حل نہیں ہو سکتا، لیکن اگر وہ چھوٹا ہو تو سیالی درآمد بڑھانے سے نکالا جا سکتا ہے، یا کلوی حصات شگافی (nephrolithotomy) کا عملیہ، یا اگر گردہ متضرر ہو کر بے کار محض ہو گیا ہو تو گردہ بو آری (nephrectomy) کا عملیہ کرنا چاہئے اگرچہ ایک بظاہر یاس انگیز حد تک بے کار شدہ گردے میں کچھ نہ کچھ وظیفہ بحال ہونے کی قوت برحال ہی میں اس قدر زور دیا گیا ہے کہ گردہ بواری پر گردہ شگافی کو ترجیح دینی چاہئے، بالخصوص اسلئے کہ دوسرے گردہ میں پتھر پیدا ہو جانے کا امکان ہے۔

قولنج کلوی کا علاج ۔ یہاں شدید درد کو دفع کرنے کے لئے، نیز اس توقع پر کہ ممکن ہے کہ وہ حالب کے تشنج کو ڈھیلا کر کے پتھر کے خارج ہونے میں آسانی پیدا کر دیں مسکنات کی ضرورت ہوتی ہے۔ اگر درد شدید ہو تو مارفیا کی پچکاری فوراً دینی چاہیے، یا مارفیا یا افیون کو داخلی طور پر یا بصورت شافہ استعمال کیا جائے، یا کلوروفارم یا ایتھر کا استنشاق کرایا جائے۔ پیپاورین ہائڈروکلورائڈ (papaverine hydrochloride) جو افیون کے الکلائڈز میں سے ایک ہے، ½ تا ⅓ گرین کی مقداروں میں دینے سے اچھے نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ مقامی طور پر گرم پولٹیس، گرم تکمیدات لفاح کے لاسقات یا گرم غسل استعمال کرنے چاہئیں۔ مریض کو آرام وسکون سے رہنا چاہیے، اور گرم مُرقق مشروبات، آشِ جو، وغیرہ کا وقتاً فوقتاً استعمال کرنا چاہیے۔

وظیفی البیومن بولیت

(FUNCTIONAL ALBUMINURIA)

یہ پہلے بتلایا گیا ہے کہ البیومن بولیت متعدد مرضی حالتوں میں واقع ہو سکتی ہے جن میں التہابِ گردہ اور کلوی انحطاطات، حاد علالتیں، امراضِ ساریہ، اور وریدی امتلاء نہایت اہم ہیں۔ لیکن معلوم ہوتا ہے کہ بعض اوقات البیومن بولیت ایسے اشخاص میں موجود ہوتی ہے جو کامل صحت کی حالت میں معلوم ہوتے ہیں اور مزید امتحان کرنے پر مرض کی کوئی امارت نہیں ظاہر کرتے۔

میکلین (Maclean) نے پچاس ہزار سپاہیوں کے بول کا امتحان کیا اور اسے ان میں سے ۲ء۶۵ فی صدی میں البیومن بولیت ملی۔ ۵۵ء۲ فی صدی میں البیومن بولیت بہت نمایاں تھی۔ ان میں سے بہت سی اصابتیں غالباً وظیفی البیومن بولیت کی مثالیں تھیں۔ نیز افراد کے بعض گروہوں، مثلاً ایک سے چھ دن تک کی عمر کے شیر خواروں، مدرسہ کے طلباء، بینک کے محرروں، سپاہیوں، یا کارخانوں میں کام کرنے والوں میں بول کے اندر البیومن کی موجودگی کے متعلق کثیر التعداد مشاہدات کئے گئے ہیں۔ اور ہمیشہ ان کی کچھ تعداد میں، جو ۵ سے ۳۰ فی صدی تک ہوتی ہے،

البیومن پایا جاتا ہے۔ یہ ایک عام تجربہ ہے کہ بیمہ زندگی کی مزاولت میں اٹھارہ اور تیس سال کی عمروں کے درمیان کے درخواست گزاروں کی ایک بڑی تعداد میں جو خود کو کامل تندرست سمجھتے ہیں بول کے اندر البیومن کی تھوڑی مقدار موجود ہوتی ہے۔ بلاشبہ ان میں سے بہت سی اصابتیں وظیفی البیومن بولیت کی مثالیں ہیں لیکن دوسری اصابتیں ایک سبق التہاب گردہ کا نتیجہ ہوتی ہیں، کہ جس سے ایک "رستا ہوا" گردہ ("leaky kidney") باقی رہ گیا ہو۔

امراضیات۔ بالعموم یہ البیومن خفیف مقدار میں ہوتا ہے، اور بعض اصابتوں میں گلابیولین (globulin) کی فی صدی مقدار بہت زیادہ ہوتی ہے۔ سیرم گلابیولین (serum globulin)، یوگلا بیولین (euglobulin) اور سوڈوگلابیولین (pseudo-globulin) پر مشتمل ہوتا ہے، اور بول کے اندر جو جزو موجود ہوتا ہے وہ یوگلا بیولین ہے۔ یہ شے اکثر لیسی تھین (lecithin) اور دوسرے لیپائڈ اشیا کے ساتھ مخلوط ہوتی ہے اور بعض اوقات جب کہ یہ بڑی مقدار میں موجود ہوتی ہیں تو بول دودھیا ہو جاتا ہے۔ التہاب گردہ کی البیومن بولیت میں گلابیولین سے چھوٹا البیومن ہوتا ہے، لیکن وظیفی البیومن بولیت کی ان اصابتوں میں کو ہمیشہ نہیں مگر اکثر ان دونوں کی مقداریں تقریباً مساوی ہوتی ہیں۔ بول میں ۳۳ فی صدی ایسیٹک ایسڈ قطرہ قطرہ ملانے سے یہاں تک کہ ایک سفید رسوب بن جائے، یوگلا بیولین معلوم ہو سکتا ہے۔

وظیفی البیومن بولیت کے مندرجہ ذیل اقسام کا جو زیادہ تر نوعمر افراد میں ہوتے ہیں جداگانہ تذکرہ ضروری ہے:۔

ورزشی البیومن بولیت (athletic albuminuria)۔ بعض اوقات ان اشخاص کے بول میں جو حال ہی میں کشتی چلانے یا شرط بدکر دوڑنے یا دوسری شدید جسمانی ورزش میں حصہ لے چکے ہوں البیومن خفیف، قطعی بلکہ زیادہ مقدار میں پایا جاتا ہے۔ بلاشبہ یہ البیومن بولیت ایک عارضی اختلال ہے جو ظاہر کرتا ہے کہ گردے میں کم دموی رسد پہنچتی ہے، کیونکہ عضلات اور جلد کے لئے زیادہ خون کی ضرورت ہوتی ہے۔ 552

غذائی البیومن بولیت (dietetic albuminuria)۔ یہ پروٹینی

غذا کی بڑی مقداروں کے ادخال کے باعث پیدا ہو جاتی ہے۔ ایک چھ ماہ کے تجربہ میں ایک آدمی نے روزانہ ۳۳۰ گرام پروٹین لیا۔ البیومن بولیت بتدریج اتنی بڑھ گئی کہ ہر گھنٹے میں ۲-۴ ملی گرام خارج ہونے لگے، سانک نمودار ہو گئے، جو پہلے زجاجی تھے اور بعد میں ذراتی ہو گئے۔ موضوعی اختلالات یا دموی خون کا ارتفاع بالکل نہ تھا۔ بدیہی طور پر گردہ نقصان رسیدہ ہو گیا تھا۔ لیکن یہ نقصان عارضی تھا، کیونکہ طبعی غذا (32) شروع کرنے کے ۱۰ دن بعد یہ تمام امارات غائب ہو گئیں (32)۔

استقامی البیومن بولیت (orthostatic albuminuria)۔ اس میں وہ حالتیں شامل ہیں جو وضعی البیومن بولیت (postural albuminuria) کے نام سے یاد کی جاتی ہیں اور غالباً دَوری (cyclic)، متفتر (remittent)، اور متوقف (intermittent) اشکال بھی شامل ہیں۔ یہ اچھی صحت والے اشخاص میں زیادہ اکثر نوعمروں یا نوعمر بالغوں میں ہوتی ہے اور اس کا ممیز خاصہ یہ ہے کہ دن کے بعض اوقات میں البیومن موجود اور بعض میں غیر موجود ہوتا ہے۔ مثلاً وہ علی الصباح نہیں ملتا، لیکن تقریباً ۹ بجے صبح سے شام کے ۵ یا ۶ بجے تک موجود ہوتا ہے، اور اس پیشاب میں جو رات کو ہوتا ہے غائب ہو جاتا ہے۔ بظاہر یہ البیومن بولیت بالخصوص کھڑی وضع اختیار کرنے سے پیدا ہو جاتی ہے اور اس متلازم ورزش سے جو دن میں کی جاتی ہے۔ اور رات کو لیٹی ہوئی وضع کی وجہ سے غائب ہو جاتی ہے۔ لی ہوئی غذا کی مقدار کا اس پر کوئی اثر نہیں ہوتا۔ سونے (Sonne) نے بتلا دیا ہے کہ ان اصابتوں میں اہم امر فطاء (lordosis) کی موجودگی ہے جو کھڑی وضع میں قدرتاً پیدا ہو جاتا ہے۔ بائیں کلوی وریدشوکہ اور اورطی کے درمیان مضغوط ہو جاتی ہے۔ دورانِ خون میں خلل واقع ہو جانے کی وجہ سے البیومن بولیت پیدا ہو جاتی ہے۔ جب مریض لیٹا ہوا ہوتا ہے تو یہ حالت رفع ہو جاتی ہے۔ سونے نے اس قسم کی دس اصابتوں میں ظاہر کر دیا کہ صرف بایاں گردہ ہی البیومن بولیت پیدا کرتا ہے۔ اس حالت کو فطائی بولیت (lordotic albuminuria) شمار کیا گیا ہے۔ ممکن ہے کہ دورانِ حمل کی البیومن بولیت جزءً جیب جانبی فطائی البیومن بولیت ہو (33)۔

دَوری البیومن بولیت (paroxysmal albuminuria)۔ یہ بلا شبہ

دَوری ہیموگلوبن بولیت کی ایک ہئیت کے طور پر واقع ہوتی ہے، جس میں ہیموگلوبن ٹوٹ کر ہیماٹین (hæmatin) اور گلابیولین (globulin) میں جدا ہو جاتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 444)۔ مریضوں کو کسلمندی ہوتی ہے۔ اُن کا رنگ شاحب پڑجاتا ہے، اور بالآخر البیومن بولیت ہوجاتی ہے۔ ساتھ ہی بول میں یوریا اور یوروبائلین کی زیادتی ہوتی ہے۔

تشخیص۔ ممکن ہے کہ تشخیص بہت مشکل ہو، کیونکہ یہ ظاہر ہوگیا ہے کہ خفیف البیومن بولیت جو التہاب گردہ کے باعث ہو اکثر وضعی ہوتی ہے، اور البیومن اور گلابیولین کی اضافی مقداریں نہایت تغیر پذیر ہوتی ہیں (35)۔ ماسبق التہاب گردہ یا سرائت کی سرگذشت، مریض کی حالت (کہ آیا وہ نڈھال ہے یا اُس کی طبیعت سُست ہے) یا گردے کے فعل میں خرابی ہونے سے اِس امر کی تائید ہوگی کہ مرض سرائت اس حالت کا سبب ہے، اگرچہ ایسی صورت میں بھی انذار لازماً بُرا ہوگا۔ یوگلابیولین (euglobulin) کی موجودگی اور رات کے وقت البیومن بولیت کی قطعی غیر موجودگی وظیفی البیومن بولیت کی تائید میں ہوں گے۔

انذار۔ اِن اصابتوں کا مستقبل مجموعی حیثیت سے امید افزا ہوتا ہے، اور اصابتوں کی بڑی اکثریت میں یہ البیومن بولیت بالکل رفع ہو جاتی ہے، اگرچہ یہ ممکن ہے کہ یہ دو یا تین، بلکہ سات یا دس سال تک جاری رہے۔

علاج۔ بہ استثنائے اُس شکل کے جس میں غذائی قسم کی البیومن بولیت ہو، کسی علاج کی ضرورت نہیں۔ اِس حالت میں غذا کے اندر پروٹین کو کم کر دینا چاہئے۔

REFERENCES

1 F. Kidd 1922 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 748.

2 P. L. Violle .. 1931 *General Practice and Franco-British Medical Review*, 7, p. 209.

3 R. O. Ward .. 1931 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 175.

4 H. Schall .. 1929 *Nahrungsmitteltabelle.* Leipzig.

5 L. Mackey and Sir A. E. Garrod .. 1922 *Quart. Journ. Med.*, 15, p. 319.

6 P. M. T. Kerridge .. 1931 *Lancet*, i., p. 21

553 7 E. H. Starling and E. B. Verney .. 1925 *Proc. Roy. Soc.*, B. 97, p. 321.

8 G. H. Oriel .. 1929 *Guy's Hosp. Rep.*, 79, p. 376.

9 E. P. Poulton and J. H. Ryffel .. 1932 *Guy's Hosp. Rep.*, 82, p. 303.

10 T. Addis .. 1922 *Arch. Int. Med.*, 30, p. 378.

11 E. Moller, J. F. McIntosh and D. D. Van Slyke .. 1929 *Journ. Clin. Invest.*, 6, p. 472.

12 C. L. Cope .. 1931 *Quart. Journ. Med.*, 24, p. 567.

13 Clausen .. 1924 *J. Biol. Chem. (Proceedings)*, 59, p. xlvi.

14 W. Cramer .. 1932 *Lancet*, ii., p. 174.

15 R. W. Brookfield .. 1934 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 848.

16 D. Baird & J. S. Dunn. 1933 *Journ. Path. & Bact.*, 87, p. 291.

17 A. A. Osman .. 1925 *Guy's Hosp. Rep.*, 75, p. 306.

18 A. Lemierre .. 1927 *Guy's Hosp. Rep.*, 77, p. 325.

19 J. Thomson-Walker .. 1927 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 625.

20 J. Shaw Dunn, E. G. Oastler and S. L. Tompsett .. 1934 *Journ. Path. & Bact.*, 38, p. 421.

21 J. P. Hosford .. 1932 *Lancet*, i., p. 435.
22 R. H. Jocelyn Swan .. 1933 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 606.
23 R. McCarrison .. 1931 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 1009.
24 Dorothy S. Russell, A Classification of Bright's Disease .. 1929 *Med. Res. Council Spec. Reports*, 142.
25 J. M. H. Campbell, G. H. Hunt and E. P. Poulton .. 1923 *Journ. Path. & Bact.*, 26. p. 234.
26 T. R. Parsons and E. P. Poulton .. 1923 *Bioch. Journ.*, 17, p. 341.
27 O. L. V. de Wesselow .. 1924 *Lancet*, i., p. 1099.
28 T. I. Bennett .. 1928 *Lancet*, i., p. 535.
29 G. Thompson .. 1932 *Brit. Med. Journ.*, ii., p. 1134.
30 A. G. Gibson .. 1928 *Lancet*, ii., p. 903.
31 H. Cabot .. 1926 *Lancet*, ii., p. 53.
32 L. H. Newburgh and Others .. 1930 Quoted in *Lancet*, i., p. 973.
33 F. Cook (Hunterian Lecture) .. 1924 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 372.
34 W. Sampson Handley. 1923 *Proc. Roy. Soc. Med. (Sect. Surgery)*, 16, p. 21.
35 J. W. Russell .. 1925 *Lancet*, ii., p. 683.
36 H.. Carter and A. A. Osman .. 1927 *Proc. Roy. Soc. Med. (Sect. Med.)*, 20, p. 43.
37 R. Platt .. 1932 *Quart. Journ. Med.*, i., p. 499.
38 E. Schiff .. 1932 Quoted in *Lancet*, ii., p. 1168.
39 E. B. Mayer .. 1926 *Quart. Journ. Med.*, 19, p. 273.

554

ہڈیوں، مفاصل اور رداؤں کے امراض

روماتزمی (رثیتی) امراض

لفظ "روماتزم" کا ماخذ پہلے دیا جا چکا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 257)، اور وزارت صحت کی ترتیب دی ہوئی جماعت بندی کے گروہ ا کے امراض، یعنی رثیتی تپ، تحت الحاد رثیت اور رثیتی پر پیورا پر کسی دوسری جگہ بحث کی گئی ہے۔ گروہ ب "غیر مفصلی مظہرات" مثلاً التہابی لیفی یا عضلی رثیت پر مشتمل ہوتا ہے، اور اس میں درد کمر (lumbago)، عرق النسا (sciatica) اور عضدی التہاب العصب (brachial neuritis) بھی شامل ہیں۔ گروہ ج مفصلی امراض مثلاً رثیت آسا التہاب مفصل (rheumatoid arthritis)، عظمی مفصلی التہاب (osteoarthritis) پر مشتمل ہوتا ہے، جن میں "شیخوخی نوضی مرض" ("senile hip disease")، حاد اور مزمن نقرس، اور ناقابل جماعت بندی مزمن مفصلی تغیرات بھی شامل ہیں۔

رثیتی امراض کی اہمیت مندرجہ ذیل اعداد و شمار سے دیکھی جا سکتی ہے (4)۔

... ا بیمہ کرانے والے مردوں اور ... ا بیمہ کرانے والی ۱۶ سال سے اوپر کی عورتوں میں سے، ہر سال ۹۳۰ افراد ہر قسم کے عوارض کے لئے طبی مشورہ کے طالب ہوئے، اور ان میں سے ۵۵ نے رثیتی مرض کی شکایت کی، جو کہ حسب ذیل طریقہ پر منقسم تھی۔ ا، حاد رثیت، ۴ مرد اور ۵ عورتیں۔ ب، التہاب لیفی، ۹ مرد اور ۱۱ عورتیں۔ ج، التہاب مفصل، ۰ مرد اور ۶ عورتیں۔ یہ امر یاد رکھنا چاہئے کہ بیمہ کرانے والی عورتیں، شادی کی وجہ سے، مردوں کی بہ نسبت اوسطاً زیادہ کم عمر ہوتی ہیں۔ جہاں تک پیشوں کا تعلق ہے، دھاتی کاریگر سب سے زیادہ متاثر ہوتے ہیں اور خاص طور پر وہ فولادی کاریگر جو کہ پگھلے ہوئے لوہے کو ہلاتے ہیں، غالباً اس لئے کہ ان کو وقفہ وقفہ سے نہایت ہی سخت ورزش کرنا اور پھر ٹھنڈا ہونے کے لئے ہوا کی رو میں بیٹھنا پڑتا ہے۔ فی الجملہ

رثیت کا مدوث عمر کے ساتھ ساتھ بڑھتا ہے۔

یہاں بنظر سہولت ہم ساری مفصلی التہاب کا، جو کہ مختلف الاقسام امراض کا ایک گروہ ہے، مختصر سا تذکرہ کئے دیتے ہیں، تاکہ اس کو حقیقی رثیتی امراض سے خارج از بحث کردیا جائے۔

ساری مفصلی التہاب (infective arthritis)- یہ دیکھا گیا ہوگا کہ ایسے متعدد ساری امراض ہیں کہ جن میں مفصلی التہاب کا بطور ایک پیچیدگی کے تذکرہ کیا گیا ہے، مثلاً ٹائفس (typhus)، قرمزیہ (scarlatina)، چیچک (small-pox)، تپ محرقہ (typhoid)، انفلوئنزا، لنگڑا بخار (dengue)، ذات الریہ (نبقی ریوی مفصلی التہاب)، نبقی سبحی اور نبقی عنبی عفونۃ الدم (streptococcal and staphylococcal septicæmia)، سوزاک (gonorrhœa)، عُضیوی زحیر (bacillary dysentery)، پیدائشی اور اکتسابی دونوں قسم کی آتشک اور تدرن (tubercle)- ساری مفصلی التہاب ایک سادہ زلالی التہاب ہوسکتا ہے، جو جلد اچھا ہو جاتا ہے، جیسے کہ رثیتی تپ میں۔ یا اس کا نتیجہ جباۃ ہوسکتی ہے، جیسے کہ تدرن میں۔ یا اُس کا نتیجہ تقیح ہوسکتا ہے، جیسے کہ ریم ساز عضویوں کے حملہ میں۔ علامات درد اور الیمیت ہیں، جن کے ساتھ ممکن ہے مفاصل کا ورم ہو یا نہ ہو، اور ممکن ہے کہ اس مفصلی التہاب کے مبدا کی شناخت کے ذرائع صرف اس کی سرگذشت اور اس کے تلازمات میں ہی پائے جائیں۔ یہ امر کہ سیلیلیٹس (salicylates) سے درد میں تخفیف ہوتی ہے اور تپش کم ہو جاتی ہے، اس کا ثبوت نہیں کہ یہ مرض نوعی طور پر رثیتی تپ ہے۔ نسبتۃً ہلکی قسمیں آرام ہی سے اچھی ہوجاتی ہیں، زیادہ شدید قسموں میں جبیرات اور تثبیت کی ضرورت ہوتی ہے، اور جہاں تقیح کی شناخت ہوجائے مفصل کو کھول کر اُس کی مسیلیت قایم کردینی چاہیئے، یا پیپ کا امتصاص کرکے فلیوین (flavine) (۱۰۰۰ میں ۱ طاقت کی) کا اِشراب کیا جاسکتا ہے۔ جیسے ہی کہ التہاب کا درجۂ حاد رفع ہوجائے حرکاتِ مجہول عمل میں لانے چاہئیں تاکہ مفصل مثبت نہ ہونے پائے۔

لیفی التہاب

(fibrositis)

وجع العضلہ (myalgia)، عضلی ثنیہ (muscular rheumatism)

یہ نام عضلات یا رداؤں کے اُس دردناک عارضہ کو دیا گیا ہے، جس کا انحصار التہابی نوعیت کے مقامی تغیرات پر ہوتا ہے۔ اِس کا حدوث موسم سرما میں سب سے زیادہ اور موسم گرما میں سب سے کم ہوتا ہے۔

درد کا سبب غالباً یہ ہے کہ عضلات، اُن کے اوتار اور اُن کی ردائی چپیدگیوں 555
کی بین خلائی اتصالی بافت میں ورم پیدا ہو جاتا ہے، جس سے عصبی منتہاؤں کا انضغاط ہو جاتا ہے۔ یہ ورم رشحہ کا نتیجہ ہوتا ہے، اور رشحہ جوئے خون سے (جراثیمی یا کیمیائی) سموم کے جم جانے سے پیدا ہوتا ہے یا بار بار یا چوٹ کی وجہ سے بافتوں کے پھٹ جانے سے۔

چنانچہ ان اصابتوں کے ایک گروہ میں لیفی التہاب کا سبب تسمم الدم کا کوئی منبع پایا جاتا ہے، جیسے کہ کوئی عفن ماسکہ یا نقرس سے مشابہ کوئی تحول کی خرابی۔ اِن اصابتوں میں مقامی جماؤ پیدا ہونے کا ایک اہم سبب سردی کا تکشف معلوم ہوتا ہے۔ دوسرے گروہ میں عضلی بار کی سرگذشت ملتی ہے۔ اِن گروہوں کے درمیان کوئی قطعی حدِ فاصل قائم نہیں کی جا سکتی، کیونکہ مقامی تضرر سمیات کے عمل کے لئے ایک ماؤی بہم پہنچاتا ہے۔

علامات۔ بالعموم صرف ایک ہی عضلہ یا وتر ماؤف ہوا کرتا ہے، اور ابتداءً درد ایک ہی جگہ محدود المقام ہوتا ہے۔ درد اُسی وقت محسوس ہوتا ہے جب کہ براہ راست ماؤف شدہ عضلہ کے انقباض سے یا اُس کے ضد متنازعات کے انقباض سے ماؤف حصہ کو پھیلایا یا کھینچا جاتا ہے۔ مرض کے مقام پر دبانے سے بھی درد ہوتا ہے۔ لیکن اگر مریض اپنے عضلات کو بالکل ڈھیلا کر لے اور آہستہ آہستہ حرکاتِ مجہول انجام دے جائیں تو درد نہیں ہوتا۔ یہ امر اس حالت کو متصلہ مفاصل کے التہاب سے متفرق کرنے کے لئے کارآمد ہے۔ آغاز مرض عموماً حاد ہوتا ہے، اور حرکت کرنے پر تیز درد محسوس ہوتا ہے۔ اس کی عام جائے وقوع قطنی عضلات ہیں، اور اس صورت میں اسے اکثر

درد کمر (lumbago) کہتے ہیں۔ اس میں حرکت کرنے (مثلاً جھکنے) میں نہایت درد ہوتا ہے اور چلنا صرف اکڑی ہوئی پشت کے ساتھ ممکن ہوتا ہے۔ بعض اوقات تین یا چار روز کے وقفہ سے سُرین میں درد محسوس ہو کر عرق النسار (sciatica) نمودار ہو جاتا ہے جس کا سبب غالباً عصب نسائی کے غلاف میں التہاب کا پھیل جانا ہے۔ جس وقت یہ واقع ہو جاتا ہے تو عرق النسا اصلی درد کمر کو چھپا دیتا ہے اور اس کے بعد تک جاری رہتا ہے۔ کتفی حلقہ کے عضلات اکثر ماؤف ہو جاتے ہیں، بالخصوص عضلہ دالیہ اور عضلہ صدریہ کبیرہ کی وہ چسپیدگیاں جو ذراعیہ ہڈی کے ساتھ ہوتی ہیں۔ اس حالت میں تبعید اور تقریب کی حرکتوں سے درد پیدا ہو جاتا ہے، اور چلتے وقت بازو پہلو کے قریب لگا رہتا ہے اور بعض اوقات اسے کہنی کے مقام پر دوسرے ہاتھ کے سہارے سے رکھا جاتا ہے تاکہ ماؤف عضلات میں تناؤ کم ہو جائے۔ یہاں بھی اس کا امکان ہے کہ عضدی ضفیرے کی عصبی پوششوں میں التہاب کے پھیلنے سے عضدی التہاب عصب پیدا ہو جائے۔

بعض اوقات گردن کے عضلات ماؤف ہو جاتے ہیں۔ ایسی صورت میں اس حالت کو عام طور پر اکڑی گردن (stiff neck) کہتے ہیں۔ ایسا خاص کر سردی لگنے کے اثر سے، مثلاً ہوا کے جھونکے میں بیٹھنے سے ہو جایا کرتا ہے۔

نسبتۂ زیادہ شاذ طور پر بین ضلعی عضلات ماؤف ہو جاتے ہیں، چنانچہ سانس لینے اور کھانسنے سے درد ہوتا ہے۔ ایسی صورت میں اس حالت کو وجع الجانب (pleurodynia) کہتے ہیں، جو ذات الجنب کی حالت سے مشابہ ہے، لیکن اس میں فرک نہیں ہوتا اور بخی اختلال کم یا غیر موجود ہوتا ہے۔

گاہے جلد الراس کے عضلات ماؤف ہو جاتے ہیں۔ اس حالت میں چین بجبیں ہونے اور مضغ کرنے کے افعال میں درد محسوس ہوتا ہے۔

تعظمی عضلی التہاب (myositis ossificans) وہ مرض ہے جس میں عضلات عظمی بافت میں تبدیل ہو جاتے ہیں۔ یہ ہمیشہ ابتدائی طفلی میں شروع ہوتا ہے، پہلے پشت کے عضلات پر حملہ آور ہوتا ہے، اور اس کا ممر ترقی پذیر ہوتا ہے۔ تضرر کی وجہ سے بھی عظمی جماؤ پیدا ہو جاتے ہیں، جو نہایت عام طور پر باسط ساق میں اور عضدیہ مقدم میں ہوتے ہیں (ضربی تعظمی عضلی التہاب = traumatic myositis ossificans)۔

اس سے ایک ممیز شعاع نگاشت حاصل ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ یہ حالت عظمی مفصلی التہاب سے تعلق رکھتی ہو۔

تشخیص۔ اس کا انحصار اس پر ہے کہ عمیق جس کرنے پر معین عضلی الیمیت موجود ہو اور ہمیشہ ماؤف گروہ کے عضلات کو تاننے پر درد پیدا ہو۔ عصبی التہاب کی حالت کی طرح یہاں بھی عصبی جڑوں کے یا احشاء کے اس بنیادی مرض کے امارات کی جستجو میں رہنا نہایت اہم ہے، کہ جس سے درد محیطی پھیلاؤ میں محول ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ عضلی الیمیت اور استواری پیدا کر دے، بالخصوص حشائی مرض کی حالت میں۔ آلام صاعقہ جو ہزال نخاع (tabes) کے ابتدائی درجوں میں ہوا کرتے ہیں، اکثر غلطی سے عضلی رثیہ سے منسوب کر لئے جاتے ہیں۔ ایک عضلی التہاب مختلف امراض ساریہ میں واقع ہوتا ہے (ساری عضلی التہاب=infective myositis)، اور عضلہ میں ایک منتشر ورم اور درریزش پیدا کر دیتا ہے، یا ممکن ہے کہ پھوڑے بن جائیں، جیسا کہ تقیح الدم
556 (pyæmia) (انتقالی عضلی التہاب=metastatic myositis)، عفونۃ الدم (septicæmia)، سراجہ (glanders)، تپ محرقہ، اور خبیث دروں قلبی التہاب (malignant endocarditis) میں دیکھا جاتا ہے۔ موئینی (trichiniasis) جس کا تذکرہ پہلے ہو چکا ہے، دراصل ایک طفیلی عضلی التہاب ہے۔ بالآخر، کثیر العضلی التہاب کی ایک شاذ شکل ہے، جو کہ جادرثیت کی ایک قسم ہے۔

انذار۔ مرض کا مدعموماً مختصر ہوتا ہے، بشرطیکہ اس کا معقول طور پر علاج کیا جائے اور وہ عصبی التہاب سے پیچیدہ نہ ہو گیا ہو۔ لیکن جب معقول آرام وسکون حاصل نہ ہو سکے تو ممکن ہے کہ درد کئی ہفتوں تک جاری رہے۔ کامل شفایابی عام کلیہ ہے، لیکن توالی عام ہے، بالخصوص اُن اصابتوں میں جن کی ابتدا ضربہ کی وجہ سے ہوئی ہو۔

علاج۔ اگر عفن ماسکے اس تکلیف کا سبب خیال کئے جائیں تو ان کو خارج کر دینا چاہیئے۔ قبض بالکل نہ ہونے دینا چاہیئے، جس کے لئے بیدار ہونے پر مالح پانی کا ایک پائینٹ پیا جا سکتا ہے، جیسا کہ ریناڈ کے مرض (Raynaud's disease) کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے۔ عضلی ورزش باقاعدہ ہونی چاہیئے مگر حد سے زائد نہ ہو۔ اس امر کی احتیاط کرنی چاہیئے کہ سردی اور رطوبت میں زیادہ تکشف نہ ہو۔ تخفیف درد کیلئے

اسپرین اور فیناسیٹین (aspirin and phenacetin) دینا چاہیئے، اور ایک آمیزہ جس میں ۔ اگرین سوڈا سیلی سیلاس (.sod. sal) یا ۵ گرین پوٹاس آیوڈائڈ (.pot. iod) شامل ہو۔ بعض اصابتوں میں، بالخصوص جب کہ لیفی التہاب کے ساتھ نقرس (gout) کی شہادت موجود ہو، اٹوفین (atophan) مفید ہوگی۔ پیورین سے مبرا اور لیست پروٹین والی غذا سے فائدہ ہو سکتا ہے۔ ایک خفیف اصابت میں جس میں درد اور الیمیت محدود المقام اور اوپری ہوں بعض اوقات اعظم الیمیت کے مقام پر زور سے گہری مالش کرنے سے جلد تخفیف حاصل ہوگی۔ غالباً یہ نتیجہ انضمات کے ٹوٹنے سے حاصل ہوتا ہے۔ اگر دو یا تین بار کرنے کے بعد یہ طریقہ کامیاب نہ ثابت ہو تو اُسے ترک کر دینا چاہیئے۔ ایک برقی لمپ سے اشعاع کے ذریعہ حرارت کا مقامی استعمال اور برقی حرارت رسانی (diathermy) مفید ہیں۔ مزید برآں ایک اور علاج، جس سے عمدہ نتائج حاصل ہونے کا دعویٰ کیا جاتا ہے، عضلہ میں یا درد کے مقام پر کونین اور یوریا ہائیڈروکلورائڈ (quinine and urea hydrochloride) کے ایک محلول کا اشراب ہے، جیسا کہ مقامی عدم حسیت کے لئے استعمال کیا جاتا ہے۔ ایک شدید حملہ کی ابتدا میں عرقیت پیدا کرنا مفید ہے، اور یہ حمام ترکی (Turkish bath) یا حمام البخری (vapour bath) کی شکل میں تجویز کی جا سکتی ہے۔

جب مرض ایک بار نمو یاب ہو گیا ہو تو ملتہب بافتوں کو آرام دینا ضروری ہے۔

رثیت آسا مفصلی التہاب اور عظمی مفصلی التہاب

(rheumatoid arthritis and osteoarthritis)

بحث اسباب۔ رثیت آسا التہاب مفصل کو مزمن رثیتی التہاب مفصل کی تکاثری یا ذبولی قسم بھی کہتے ہیں، اور عظمی مفصلی التہاب کو مزمن رثیتی التہاب مفصل کی انحطاطی یا بیش پرورشی قسم بھی کہتے ہیں، ان دونوں حالتوں کی مرضی تشریح الگ الگ ہے، لیکن ایک اولی رثیت آسا التہاب مفصل پر عظمی مفصلی التہابی تغیرات کا اضافہ ہونا ایک بالکل عام امر ہے۔

رثیت آسا التہاب مفصل ہر عمر میں اور زندگی کی تمام حالتوں میں واقع ہو جاتا ہے۔ لیکن وہ مردوں کے نسبت عورتوں میں بہت زیادہ عام ہے، اور اُس میں

ایک قوی موروثی سبب بھی عامل ہوتا ہے۔ سردی اور رطوبت سے یقیناً اُس کی استعداد پیدا ہوجاتی ہے یا تازہ حملے ہونے لگتے ہیں۔ وہ گرم آب و ہوائیں نسبتہً کم عام ہے۔ ضربہ سے جو مسلسل دباؤ کی صورت میں ہو، یا مستمر بار بار کھنچاؤ و پڑنے سے بھی اُس کی استعداد پیدا ہوجاتی ہے۔ عظمی مفصلی التہاب دراصل اواخر عمر کا مرض ہے، اور اُس کا صنفی حدوث زیادہ مساوی ہوتا ہے، اگرچہ وہ بھی عورتوں میں زیادہ عام ہے۔ اسباب مُعِدّہ رثیت آسا التہاب مفصل کے اسباب سے مماثل ہیں، اور ایک مفصلی اصابتوں میں ضربہ بالخصوص اہم سبب ہوتا ہے۔

مرضی تشریح ۔ رثیت آسا التہاب مفصل۔ ابتدائی ترین تغیرات، تکاثری نوعیت کے ہوتے ہیں، اور مفصلی حاشیہ کے پاس زلالی غشا میں شروع ہوتے ہیں، یا ثبکی بافت کی زیر مفصلی تہ میں، یا بیک وقت ان دونوں جگہوں میں۔ مفصلی غضروف کی سطح پر ابتدائی انحطاط کے بعد عروقی توصیلی بافت (سبل = pannus) کا ایک بڑھتا ہوا مد حملہ کرتا ہے جو کہ زلالی غشا کے کنارے سے ماخوذ ہوتی ہے۔ ساتھ ہی ساتھ مفصلی غضروف کی عمیق سطح پر زیر افتادہ ہڈی سے عروقی توصیلی بافت کی یورش ہوتی ہے۔ دو مقابل سطحوں پر سبل کی تہیں ممکن ہے منضم ہوجائیں (لیفی جسایات)، بلکہ منتظم ہوجائیں (عظمی جسایات)۔ لاشعاعوں کے لئے کردوسی خطہ کی بڑھی ہوئی نفوذ پذیری ایک ابتدائی خصوصیت ہے، اور غالباً کیلسیم ملحات کے انجذاب کے باعث ہے۔ بعد ازاں لاشعاعوں کے لئے یہ نفوذ پذیری عظمی ہسمکوں کے حقیقتہً جذب ہوجانے
اور ان کی بجائے شحم پیدا ہوجانے کی وجہ سے بڑھ جاتی ہے، "ذبولی" کا نام اس قسم 557
کے لئے اسی لئے استعمال کیا جاتا ہے۔ زلالی غشا میں کے تغیرات، تکاثری بھی ہوتے ہیں اور زلالی خملات بڑے ہوجاتے اور تعداد میں زیادہ ہوجاتے ہیں۔ نسیجیاتی لحاظ سے مزمن یا تحت الحاد التہاب، صغیر خلوی دررینش کے گول ماسکات کی صورت میں موجود ہوتا ہے۔ مفاصل میں مفصلی انصباب واقع ہوسکتا ہے، یا کیسہ در ریختہ ہوسکتا ہے، اور تکلہ نما منظر پیدا کردیتا ہے۔ مماثل تغیرات گرد مفصلی درجلوں یا وتری غلافات میں واقع ہوسکتے ہیں۔ آخری درجوں میں، مفصلی حاشیات کا تشفہ (lipping) اور مفصلی سطحات کا تعجّ واقع ہوسکتا ہے، یعنی ثانوی عظمی مفصلی التہاب (15)۔

عظمی مفصلی التہاب۔ سب سے پہلا تغیر، مفصلی غضروف کے مرکزی رقبہ کا انحطاط ہے۔ اس کے بعد جو تغیرات ہوتے ہیں وہ سب اس اولی انحطاط کا نتیجہ ہوتے ہیں، اگرچہ وہ خود انحطاطی سے زیادہ التہابی ہوتے ہیں۔ مثلاً مفصلی رقبہ کو زیادہ وسیع کرنے کے لئے مفصل کا جانبی حصہ تکاثر کرتا ہے اور نتوآت عظمی پیدا ہوجاتے ہیں۔ ایک نئی مفصلی سطح بنانے کی کوشش کرنے، اور اس طرح غضروف کے مرکزی حصوں کے نقصان کی تلافی کرنے کی غرض سے ہڈی کی غضروفی تہ متصلب، سخت اور متیج ہو جاتی ہے۔ غشا، زلالی میں جو تغیرات ہوتے ہیں وہ ابتداءً ناقابل التفات ہوتے ہیں۔ خملی بیش پرورش ہوتی ہے اور مفصلی حاشیوں کے پاس زلالی جھالروں کی بڑھی ہوئی عروقیت پائی جاتی ہے۔ تاہم بعد میں زلالی غشا اور کیسہ دبیز ہوجاتے ہیں اور پھر ان میں لیفی اور صلابت الشریانی تغیرات دیکھے جاسکتے ہیں۔ زلالی غشا اور کیسہ میں کے نسیجیاتی تغیرات التہابی بیش تکوین کی نوعیت رکھتے ہیں اور صغیر خلوی دررشح بالعموم غیر موجود ہوتی ہے۔ یہ تغیرات معمر اشخاص کے مفاصل میں امتحان بعد الممات پر بسا اوقات دیکھے جاتے ہیں، نیز وہ ضربہ اور طویل المدت درون مفصلی خراش کا بھی نتیجہ ہوتے ہیں۔ مفصلی کہفوں میں "آزاد اجسام" کے معنی یہ ہیں کہ زلالی جھالریں یا عظمی نتوآت یا غضروفی کر کیں، یعنی نام نہاد بر مفصلی یا گرد مفصلی غضروفی نتوآت، جو کہ علی الترتیب مفصلی غضروف کے وسط میں یا اس کے کنارے پر واقع ہوتے ہیں، ٹوٹ کر الگ ہوجاتے ہیں۔ لاشعاعی شہادت کی بنا پر یہ دعویٰ کیا گیا ہے کہ ممیز اولی ضرر، خود ہڈی میں ایک دویرہ اور اس کے گرد ایک کثیف طور پر متکلس رقبہ موجود ہوتا ہے، اور طویل المدت اصابتوں میں متعدد دویرے دیکھے جاتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۳۴ الف)۔

امراضیات۔ یہ امر کہ کس قسم کا التہاب مفصل پیدا ہوگا دو عاملوں پر منحصر ہے۔ آرام ہڈی کا ذبول واقع کر دیتا ہے، اور رسد دموی کا منقطع ہونا، بیش پرورش پیدا کر دیتا ہے، جو کہ عظمی مفصلی التہاب کے ساتھ مطابقت کرتا ہے، کیونکہ وہ شریانی انحطاط اور بڑھاپے کا مرض ہے۔ اس سلسلہ میں یہ یاد رکھنا چاہیے کہ التہاب مفصل ریوی عظمی داء المفصل (osteoarthropathy) میں واقع ہوتا ہے کہ جس میں محیطی دوران خون سست ہوسکتا ہے۔ تاہم کم از کم وثیت آسا التہاب مفصل میں بسا اوقات



ب   الف

۱۱۵ ۔ (الف) ایک ۱۶ سالہ لڑکے کے نارمل ہاتھ کی شعاع نگاشت ۔

(ب) ۔ ترقی یافتہ رثیہ آسا التہاب مفصل میں مبتلا عورت کے ہاتھ کی شعاع نگاشت ۔ یہ دروسغی ہڈیوں کے سرنمایاں ذبول ظاہر کرتے ہیں کیونکہ ان کے سرے غائب ہو گئے ہیں اور عظمی نتوآت موجود ہیں ۔ کعبرہ اور رسغ مجانسی ہیں ۔ انگوٹھا اندر کی طرف مڑا ہوا ہے چنانچہ ابہامی فراز انگشت شہادت کی بعد رسغی ہڈی کے نیچے دکھائی دیتا ہے ۔



د (۱۹۲۹)   ج (۱۹۲۳)

رثیہ آسا التہاب مفصل کی ایک طویل المدت اصابت ۔ وہی ہاتھ ج ۱۹۲۳ء میں اور د ۱۹۲۹ء میں عظمی ذبول اور بعد رسغی سلامی مفاصل کا خلع ظاہر کرتا ہے جو کہ ان تاریخوں کے درمیان واقع ہو گئے ہیں ۔ (یہ شعاع نگاشتیں لیوس ہیم ہسپتال میں لی گئیں ۔ میڈیکل سپرنٹنڈنٹ ڈاکٹر ایچ ناکولڈنا)

بالمقابل صفحہ 558

جسم میں کسی دوسری جگہ کے کسی اولی ماسکہ سے سرایت واقع ہوتی ہے' اور جوڑے خون اور مفاصل سے ۶۰ اور ۷۰ فی صدی کے درمیان نبقات سبحیہ جو زیادہ تر خون پاش تھے' تفرید کئے گئے ہیں' اور دموی مفصل شبت التزاقی اور رسوبینی تعاملات دیتا تھا۔ اقتداری مثالوں میں منفی نتائج حاصل ہوئے (16,17)- یہ تحقیقات تصدیق طلب ہے۔ بہت سی اصابتوں میں اولی مراکز' دانتوں میں ہوتے ہیں (ملاحظہ صفحہ 821) جو راسی پھوڑوں یا جوفیزی سیلان ریم (pyorrhœa alveolaris) پر مشتمل ہوتے ہیں۔ نسبتہً کم عام طور پر لوزتین میں خرابی ہوتی ہے۔ دوسرے اسباب ممکنہ یہ ہیں :- غددہ' انفی جوفوں یا درمیانی گوش میں تقیح' رحم' مردانہ مجری بول اور تناسلی خطہ' کھلے زخم' اور قولون' (آخر الذکر اس وقت جب کہ اس کے فعل میں بے ترتیبی ہو)۔ بہت سی اصابتیں غالباً نبقی سبحی مبدا کی ہوتی ہیں' لیکن ممکن ہے کہ نبقہ عنبیہ اور نبقہ سوز اکیہ بھی متعلق ہوں' اور شاید دوسرے بھی جیسے کہ عصیّہ قولونی۔ ایک تدرنی قسم کا ہونا بھی ممکن ہے' جیسے پانسیٹ (Poncet) نے بیان کیا ہے۔ بہر حال رثیت آسا التہاب مفصل حاد رثیت سے نہایت قریبی مماثلت رکھتا ہے' کیونکہ ان دونوں میں ایک جیسی ممیز نوعیت کی نسیجیاتی ساخت والی جلدی گرہیں ہوتی ہیں۔

باینہمہ مرکزی عفونت ہی اس کی تشریح کے لئے کافی نہیں ہے' کیونکہ وہ بہت سے ایسے اشخاص میں موجود ہوتی ہے جنہیں مزمن رثیت کی تکلیف مطلق ہوتی ہی نہیں' اور اس کا استیصال اکثر حقیقتہً شفا بخش نہیں ہوتا۔ "زمین" کا مسئلہ بھی غور طلب ہے' یعنی کسی فرد کی وہ حالت جو اس میں اس مرض کی استعداد پیدا کرتی ہے۔ فی الحقیقت جب یہ مرض ہو جاتا ہے تو یہ بعض حیکیمیائی (biochemical) تغیرات کے ساتھ وابستہ ہوتا ہے۔ ناخن گدی کے عروق شعریہ کے خرد بینی امتحان سے ظاہر ہوتا ہے کہ محیطی دوران 558 خون ناقص ہے' چنانچہ بافتوں میں خون سے آکسیجن کم نکالی جاتی ہے (8)- برداشت شکر کا منحنی اس منحنی سے مشابہت رکھنے کا رجحان رکھتا ہے جو کہ ذیابیطس میں پایا جاتا ہے (9)- مزمن رثیتی التہاب مفصل میں دوران حمل میں عموماً اصلاح ہو جاتی ہے' جس کی وجہ غالباً یہ ہوتی ہے کہ خون تنفسی تحول زیادہ ہو جاتا ہے۔

جیسا کہ حاد رثیت میں ہوتا ہے' ممکن ہے کہ رثیت آسا التہاب مفصل میں

التہاب زلالی کا حملہ ایک حساسیتی مظہر ہو جس کا سبب کوئی غریب پروٹین ہوں، عین "مصلی مرض" (serum disease) کے اس التہاب مفصل کی طرح جو مانع سمیت مصل (antitoxic serum) کے اشراب کے بعد پیدا ہو جاتا ہے۔ اصابتوں کا ایک گروہ جن کو متوقف استسقاء مفصلی (intermittent hydrarthrosis) کہتے ہیں درحقیقت اس نوعیت کا ہوتا ہے کیونکہ وہ نہ صرف نوبت کے ساتھ مکرر ہوتا ہے بلکہ اکثر دوسری مشہور حساسیتی علامتوں کے ساتھ پایا جاتا ہے یا اُن سے تبادل ہوتا ہے۔ وہ التہاب زلالی جو نزیفیت (hæmophilia) میں واقع ہوتا ہے ممکن ہے کہ شاید جزءً اسی سبب سے ہو لیکن اس کا سبب مفصل کے اندر خون کا حقیقی انصباب بھی ہوتا ہے۔ آخر میں رثیت آسا التہاب مفصل کی شدید عضلی لاغری یا ذبول کے ساتھ حسی فساد اور ذبول جلد پایا جاتا ہے نیز بہ عضلی ذبول تعجب انگیز حد تک تشاکل ہوتا ہے۔ یہ امور ایسے ہیں جن سے اس مرض کے عصبی مبدا کی تائید ہوتی ہے جو بالاشبہ مکان حرکی ہرجلہ (locomotor ataxy) کے متعدد مفصلی التہاب اور نخاعی جوفیت (syringomyelia) (مرض شارکو؛ Charcot's disease' ملاحظہ ہو اس سے آگے) میں نہایت نمایاں ہوتا ہے۔

علامات۔ رثیت آسا التہاب مفصل۔ اصابتوں کی اکثریت میں بالخصوص عورتوں میں یہ مرض حاد، کثیر المفاصل اور بڑی حد تک زلالی ہوتا ہے۔ یہ متشاکل طور پر دونوں ہاتھوں کے قریبی بین سلامیاتی مفاصل کے تکلہ نما ورم کے ساتھ شروع ہوتا ہے جس کے ساتھ الیمیت بھی ہوتی ہے۔ اور بالآخر بعد رسغی سلامی مفاصل کلائیاں کہنیاں شانے اور جوارح زیریں کے مفاصل نیز شوکہ اور جبڑے کے مفاصل اور قصی ترقوی مفاصل ماؤف ہو جاتے ہیں۔ چند ہفتوں تک خفیف سا حموی تعامل ہوتا ہے اور ساتھ ہی نبض سریع ہوتی ہے۔ جب یہ رفع ہو جاتا ہے تو پھر بھی مفاصل محدود الحرکت ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ تپ اور ورم مفاصل کے نکس واقع ہوتے رہیں۔ اس کے ساتھ ہی مریض عدیم الدم ہو جاتا ہے اسے پسینہ بکثرت آتا ہے اور وہ لونیت ظاہر کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ تحت الجلدی گرہیں ہوں اور لمفائی غدد اور طحال کی کلانی ہو جائے۔ طبیعت پست ہوتی ہے اور بھوک جاتی رہتی ہے۔ ہر نکس کے ساتھ

حرکات زیادہ محدود ہوتے جاتے ہیں، اور بالآخر ممکن ہے کہ حسبارت پیدا ہوجائے (ملاحظہ ہو صحفہ ۲۴ الف)۔ چند اصابتوں میں التہاب قلب واقع ہوتا ہے، اسی طرح جس طرح کہ رثیتی تپ میں۔ اکثر اصابتوں میں مرض شروع سے لے کر آخر تک مزمن ہی اختیار کرتا ہے۔

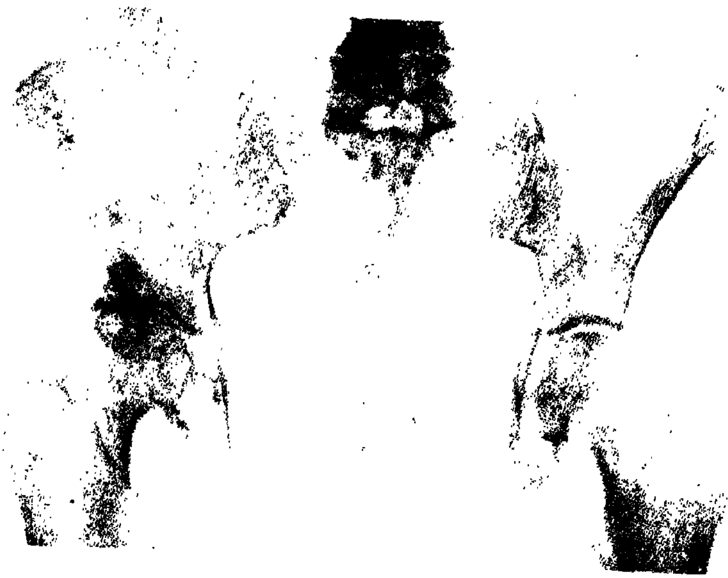
مفصلی تغیرات اور اُن کے ساتھ واقع ہونے والے عضلی ذبول کے باعث نہایت ممیز تشوہات پیدا ہوجاتے ہیں۔ چنانچہ انگلیاں بجائے بعد رسغی ہڈیوں کے خط میں رہنے کے زندی جانب کو منحرف ہوجاتی ہیں، اور انگشت شہادت کے قاعدے پر کا جوڑ اکثر بہت متورم ہوتا ہے۔ بعد رسغی سُلامی مفاصل عموماً خمیدہ، پہلے سُلامی مفاصل بیش بسط شدہ اور دوسرے سلامی مفاصل خمیدہ ہوتے ہیں۔ ممکن ہے خلع ہو، بالخصوص بین سُلامیاتی مفاصل پر اور اس سے انگلیاں بالکل چھوٹی اور ڈھیلی ہوجاتی ہیں، جو جاسوسی نہیں ہوتیں (ملاحظہ ہو صحفہ ۲۴ د)۔ کعبری اور زندی ہڈیوں کے نیچے والے سرے کلائی کی پشت پر اُبھر آتے ہیں۔ عام طور پر جو عضلات مذبول دیکھے جاتے ہیں وہ ہاتھ کے بین العظام عضلات، عظم الفخذ کے زیریں سرے کے عضلات، اور شانے کے جوڑ پر کا عضلہ دالیہ ہے۔ ماؤف حصوں پر کی جلد چکنی اور ذبولی ہوجاتی ہے۔ مفاصل سے تعلق رکھنے والے اعصاب بھی مزمن عصبی التہاب سے ماؤف ہوجاتے ہیں اور جوارح میں درد پیدا کردیتے ہیں۔

بچوں میں دوسری تنین سے پہلے ایک مماثل سریری تصویر پیدا ہوجاتی ہے۔ گھٹنوں اور کلائیوں میں جو التہاب مفصل دیکھنے میں آتا ہے، اس کے ساتھ اکثر لمفائی غدد اور طحال کی کلانی، عدمِ دمویت، پسینہ، تغیر پذیر تپ، اور جسمانی نمو کا ایقاف موجود ہوتے ہیں (مرض سٹل = Still's disease)۔ نسبتہً زیادہ عمر والے افراد میں بھی یہ مرض قدرے سریع تر آغاز کے ساتھ ہوکر متعدد مفاصل کو ماؤف کرسکتا ہے، یا ممکن ہے کہ ابتدا ہی سے مرض زیادہ مزمن ہو۔ اکڑ اکثر صبح کے وقت زیادہ نمایاں ہوتی ہے، جس کی وجہ سے حرکات ابتداءً دردناک ہوتے ہیں۔ لیکن اگر انھیں جاری رکھا جائے تو درد بتدریج کم ہوجاتا ہے۔ بعض اوقات انصباب بہ آسانی شناخت میں آسکتا ہے، اور مفصل نرمی اور لچکدار ہوتا ہے۔ خفیف اصابتوں میں، جو نہایت عام ہیں، مرض صرف ایک یا دو مفاصل کو منتخب کرلیتا ہے۔

عظمی مفصلی التہاب ۔ اِس کا حملہ غیر محسوس طور پر شروع ہو کر ایک یا زائد 559
بڑے جوڑوں میں درد، اکڑ اور حرکت کرنے پر چرچرانے کی آواز یا تکسّر کی علامات پیدا ہو جاتی ہیں۔ یہ مرض عموماً یک مفصلی اور غیر متشاکل ہوتا ہے، اگرچہ ایسا مرض جس نے اب تک کوئی علامتیں نہیں پیدا کی ہیں، سریریاتی اور شعاعیاتی طور پر امتحان کرنے سے نسبتہً عام طور پر دوسرے مفاصل میں بھی پایا جاتا ہے۔ جوں جوں وقت گذرتا ہے حرکت زیادہ زیادہ محدود ہوتی جاتی ہے۔ مریض کی عام صحت اور تغذیہ میں کمی نہیں پیدا ہوتی۔ تپ نہیں ہوتی، الاشاذ طور پر اس وقت جب کہ اشتداد مرض کا زمانہ ہو۔

عظمی مفصلی التہاب کی بعض بہت واضح طور پر متعین اقسام ہیں۔ کولھے کا مرض (صفحہ ۳۴۳) (شیخوخی مرض فوض = malum coxæ senilis) مردوں میں نسبتہً زیادہ عام ہوتا ہے۔ درد اور اکڑ کے بعد حرکت نہایت محدود ہو جاتی ہے، جارحہ کی بروں گردیدگی کے ساتھ بظاہر قصر ہو جاتا ہے، اور سُرین چپٹے ہو جاتے ہیں۔ عورتوں میں گھٹنے کا جوڑ نہایت عام طور پر ماؤف ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ یہ جزءً اس ضربہ سے منسوب کیا جا سکے جو اکثر سن یاس کے ساتھ جسم کے وزن کی زیادتی کا نتیجہ ہوتا ہے۔ ہیبرڈین کی گرھیں (Heberden's nodes)، یعنے وہ چھوٹی گرہیں یا گومڑیاں جو انتہائی سلامیات کے اطراف پر بن سکتی ہیں، عظمی بروں بالیدگیاں ہیں اور عظمی مفصلی التہاب کے ابتدائی درجے کا ممیز خاصہ ہیں۔

تشوھی فقراتی التہاب (spondylitis deformans)، جساءت آفریں (ankylopoietica) قسم کا عورتوں سے مردوں میں دس گنا زیادہ ہوتا ہے، جو زیادہ تر بیس اور چالیس سال کے درمیان کی عمر کے ہوتے ہیں اور وہ دراصل فقرات کی ایک عظمی جسارت ہے۔ ممکن ہے تسنم (kyphosis) موجود ہو (Bechterew)، جس کے ساتھ سر کو سیدھا رکھنے کے لئے عنقی فقرات کی بیش بسط شدگی ہو، اور دباؤ کی وجہ سے فقرات کا مقدمی کنارہ تشقّہ ہو، یا ممکن ہے شوکہ سیدھا ہو [ماری (Marie) اور سٹرمپل (Strumpell) کی جذر الجوارحی جسائت الفقاریہ (spondylose rhizomelique)]۔ ممکن ہے ہڈیاں عظمی سامیت اور اس کے ساتھ لینت اور پھر ہڑبان ظاہر کریں۔ یہ حالت رثیت آسا التہاب المفصل کے ساتھ تعلق رکھتی ہے، اگرچہ صنفی تشنج صدو



الف ۔ دائیں نوضی مفصل کا عظمی مفصل التہاب ۔



ب ۔ (مقابلے کے لئے)۔ بائیں نوضی مفصل کا تدرن ۔ (یہ شعاع نگاشتیں ڈاکٹر جے ۔ اے ۔ ٹامسن (J. A. Thomson) رائل ہاتھ ہسپتال ہیروگیٹ نے لی ہیں ۔)

اس قدر مختلف ہے۔ پشت اکڑ جاتی ہے اور شوکہ کو دبانے اور قرع کرنے پر الیمیت پائی جاتی ہے، جو کہ التہاب کے باعث ہوتی ہے، اور بعض اوقات پسلیاں غیر متحرک ہوتی ہیں چنانچہ تنفس بالکل ڈایافرامی ہوتا ہے۔ مرض کی رفتار بہت ہی اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ بعض اصابتوں میں آغاز حاد اور رفتار سریع ہوتی ہے، چنانچہ پورے کا پورا شوکہ چند ہی ماہ میں استوار ہو جاتا ہے۔ دوسری اصابتوں میں رفتار بہت سست تر ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ شوکہ کا کچھ حصہ متاثر ہو جانے کے بعد مرض بالکل رک جائے۔ بعض اوقات آغاز اس قدر غیر محسوس طور پر ہوتا ہے کہ مریض مشورہ کا طالب نہیں ہوتا یہاں تک کہ وسیع نقصان ہو جاتا ہے۔ ابتدائی ترین علامات، درد کمر اور عرق النسا کے ہوتے ہیں، اور ممکن ہے زیادہ شدت کے نہ ہوں۔ عام طور پر یہ سرگذشت ملتی ہے کہ ان علامات کے بعد فترہ ہو کر چند ماہ کے بعد وہ دوبارہ عود کر آئی تھیں، اور مرض کی نوعیت شناخت ہونے سے قبل ایسا دو تین مرتبہ واقع ہوتا ہے۔ جوارح کے چھوٹے مفاصل اکثر متاثر نہیں ہوتے۔

عظمی مفصلی التہاب الفقرات (spondylitis osteoarthritica)، جو کہ بعض اوقات تشوہی التہاب الفقرات (spondylosis deformans) کہلاتا ہے، شوکہ کا عظمی مفصلی التہاب ہے۔ یہ تقریباً تمامتر ۵۰ اور ۶۰ کے درمیان عمر کے مردوں میں ہوتا ہے، اور سخت محنت اور خاص طور پر کوئلہ کی کانیں کھودنے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ ممکن ہے ضربہ ایک عامل ہو۔ درد نمایاں نہیں ہوتا، تاوقتیکہ عظمی نتوأت باہر نکلنے والے عصبی تنوں پر دباؤ نہ ڈالیں۔ تشریح تشغل طبعی ہوتی ہے، بمقابلہ جسامت آفرین قسم کے کہ جس میں وہ بڑھی ہوئی ہوتی ہے۔

تشخیص۔ مزمن نقرس میں مفصلی تغیرات رثیت آسا مفصلی التہاب کے تغیرات سے قریبی مشابہت رکھ سکتے ہیں۔ حقیقت یہ ہے کہ بعض اصابتوں میں جو کہ رثیت آسا التہاب مفصل معلوم ہوتی ہیں، دموی یورک ایسڈ کافی بلند ہوتا ہے اور "رثیتی نقرس" کی قدیم اصطلاح اُن پر صادق آ سکتی ہے۔ حاد اصابتوں میں حاد یا تحت الحاد کثیر مفصلی التہاب (polyarthritis) کی دوسری شکلوں کو فراموش نہیں کرنا چاہیے، جیسے کہ پیدائشی آتشکی التہاب مفصل (congenital syphilitic arthritis) اور نبقی سوزاکی التہاب مفصل (gonococcal arthritis)۔ مقامیت اکثر مختلف

ہوتی ہے، اور سرگذشت سے مدد ملے گی۔ شاذ اصابتوں میں حادرثیت کے مکرر و متواتر حملے جوڑوں میں مستقل تغیرات پیدا کر دیتے ہیں۔ التہاب مفصل جسنے صرف ایک ہی جوڑ کو ماؤف کیا ہو تدرن کے ساتھ خلط ملط کیا جا سکتا ہے، لیکن عظمی مفصلی التہاب اور تدرن کی شعاع نگاشتیں بالکل مختلف ہوتی ہیں (جیسا کہ صفحہ 559 پر صفحہ ۴۳ میں نظر آتا ہے)۔ معمر اشخاص میں کولھے کے مرض کو عرق النسا (sciatica) اور درد کمر (lumbago) سے تمیز کرنا چاہئے۔ یہ مرض کے ابتدائی درجے میں آسان نہیں ہوتا۔ امور ذیل پر اعتماد کرنا چاہئے:۔ (۱) مفصل پر دبانے سے مقامی درد اور الیمیت، اور حرکت کرنے پر درد۔ (۲) نسائی اور مقدم ساقی اور ساد اعصاب کے مرمیں ہمزمان طور پر درد بعید، کیونکہ یہ تمام اعصاب اس مفصل کو شاخیں پہنچاتے ہیں۔ (۳) حرکت کی تحدید۔ (۴) لاشعاعی منظر۔ مرض شارکو (Charcot's disease) بہ آسانی تمیز ہو جاتا ہے، اور اس کے علاوہ ھزال نخاع (tabes) یا نخاعی جوفیت (syringomyelia) کے عصبی امارات موجود ہوتے ہیں۔ 560

انذار۔ جب مفاصل میں مستقل تغیرات واقع ہو چکے ہوں تو شفا یابی ناممکن ہے، لیکن نہایت ابتدائی درجوں میں شفا ہونا ممکن ہے۔ بایں ہمہ مرض کے آخری درجوں میں بھی احتیاط کے ساتھ علاج کیا جائے تو نہایت بڑی اصلاح ہو جاتی ہے۔ حاد شکل میں یہ امر حیرت انگیز ہے کہ مفصل بیرونی شکل میں نہایت ہی متغیر ہو جانے کے باوجود کامل شفا ہو جاتی ہے۔ لیکن اس میں ایک طویل عرصہ درکار ہوتا ہے۔

تحرمیز۔ اس کی احتیاط رکھنی چاہئے کہ عفونتی مرکز نہ بننے پائیں۔ بالخصوص دانتوں پر باقاعدگی کے ساتھ توجہ ضروری ہے۔

علاج۔ پہلا قدم یہ دیکھنا ہے کہ کوئی ممکنہ اوّلی مرکز تو موجود نہیں۔ یہ امر کہ دانت اور مسوڑے سرچشمۂ سرایت نہیں ہیں سطحی امتحان سے فیصلہ کرنا ناممکن ہے۔ مطلوبہ معلومات حاصل کرنے کے لئے وندانی شعاع نگاشتیں (dental radiograms) لینی چاہئیں (ملاحظہ صفحہ 321)۔ اُس وقت بھی جب کہ دانت بالکل تندرست نظر آتا ہو، درد نہ پیدا کرتا ہو، اور قرع کرنے پر الیم نہ ہو، یہ ممکن ہے اُس کی جڑ میں تقیح موجود ہو۔ ماؤف دانت کو نکال ڈالنا چاہئے، اور اس کے راسی خراج سے کاشتیں کر کے خود زاد

جُدرین (autogenous vaccine) تیار کر لینی چاہیے۔ راسی خراج بعض اوقات عقیم ہوتے ہیں۔ شدید جو فیزی سیلان ریم (pyorrhœa alveolaris) کی حالت میں دانتوں کو نکال دینا چاہیے، لیکن خفیف تراصابتوں میں نسبتہً کم تام علاج سے اکثر اصلاح ہو جاتی ہے۔ جب پیپ آزادانہ طور پر خارج ہوتی ہو تو خطرہ اتنا بڑا نہیں ہوتا جتنا کہ اس وقت ہوتا ہے جب کہ وہ تسدد کے پیچھے رُکی ہوئی ہوتی ہے۔ لوزتین، غدود ہ اور سرایت کے دوسرے ممکن منبعوں پر جن کا پہلے تذکرہ ہو چکا ہے، توجہ کرنی چاہیئے اور جُدرینات استعمال کئے جاسکتے ہیں۔ اگر کوئی مرکز نہ ملے تو اکثر غذائی قنال پر شبہ ہوتا ہے، بالخصوص قولون پر اور براز میں ملے ہوئے عضویوں اور بالعموم نبقات سبحیۂ سے جُدرینات تیار کر کے ان کا استعمال اکثر کیا گیا ہے۔ جُدرین کی شناخت اس امر سے ہوتی ہے کہ وہ مفاصل میں مرکزی تعامل (focal reaction) پیدا کرنے کی کس قدر قوت رکھتی ہے، اور اس کو ایک سال یا اور زیادہ مدت تک جاری رکھنا چاہیئے یہاں تک کہ اس کا اشراب مفاصل میں کوئی درد نہ پیدا کرے (Beddard)-

قولونی تغسیل (colonic lavage) اور معوی دافعاتِ عفونت، جیسے کہ سیلال (salol)، بسمتھ سیلی سلیٹ (bismuth salicylate) اور بیٹا نیفتھال (β-naphthol) استعمال میں لائے گئے ہیں، بالخصوص جب کہ اسہال بھی موجود ہو۔

ایک دوسرا اصولِ علاج نام نہاد علاج بذریعہ صدمۂ پروٹینی (protein shock therapy) ہے، جس میں کسی غریب پروٹین کے دروں وریدی اشرابات استعمال کئے جاتے ہیں، مثلاً قولونی یا محرقی جدرین (coli or typhoid vaccine) کے ۵ کروڑ تا ۱۰ کروڑ (50 millions to 100 millions) یا وِیٹے کے پپٹون (Witte's peptone) کے ۱۰ فی صدی آبی محلول کے ۱۰ سی سی۔ اس سے مفاصل متورم اور دردناک ہو جاتے ہیں اور بالآخر حالت بہتر ہو جاتی ہے۔ اگر اوّلی مرکز نہ معلوم ہو سکے تو یہ طریقہ استعمال کیا جاسکتا ہے۔ گندھک کے مرکبات کے دروں عضلی اشرابات بھی دیئے جاتے ہیں۔

حال میں بعض اصابتوں میں ذہبی تجہیزات (البوکرازین allochrysin: سالگنال solganol: ۶۰۱) سے لے کر ۰.۵ گرام کی مقداروں میں تھوڑے تھوڑے دنوں کے بعد متعدد فضاتا کی صورت میں استعمال کرانے کی آزمائش کی گئی ہے اور اس میں کامیابی ہوئی

ہے۔ تسمم سے احتراز شدید بلکہ تسلخی التہاب الجلد واقع ہوسکتا ہے، نیز التہاب کلیہ
التہاب الفم، اور اسہال اور قے۔

اس نوعی علاج کے علاوہ جو مرض کو دور کرنے کے لئے ہوتا ہے، بعض عمومی
اور مقامی تدابیر ایسی بھی ہیں جو مخففات یا وقتی مسکنات کی قسم سے ہیں اور جن پر غو
چاہیئے۔ جب تغذیہ ادنیٰ درجہ کا ہو تو غذا میں کمی یا روک ناجائز ہے۔ اس کے برعکس
جب تغذیہ اچھا ہو تو بعض اوقات ادنیٰ حرارہ والی غذا دینا فائدہ مند ہوتا ہے (
اور خاص کر جب دموی یورک ایسڈ بلند ہو تو لیست ہیوریں غذا بھی مفید ہوئی ہے
علاج بالکبد سے بھی کامیاب نتائج حاصل ہوئے ہیں (8)۔ الکحلی مشروبات کے اعتدال
ساتھ استعمال کی اجازت دی جاسکتی ہے۔ مریض کو فلالین کے لباس سے اچھی طر
ملبوس ہونا چاہیئے۔ گرم خشک ہوائی کرہ تلاش کرنا چاہیئے، اور تغیرات تپش سے بچ
چاہیئے۔ ان ضروریات کو پورا کرنے والے مختلف صحت بخش مقامات اور معد
چشموں والے مقامات نفع بخش پائے گئے ہیں، مثلاً بکسٹن (Buxton)، باتھ
(Bath)، ہیروگیٹ (Harrogate) اور اسٹراتھ پیفر (Strathpeffer)
انگلستان میں، اور ایکس لیس بنس (Aix-les-Bains)، ایکس لاشپیل (Aix-la-
Chapelle)، بیڈن بیڈن (Badan-Baden) اور ویس بیڈن (Weisbaden)
بیرون انگلستان۔ داخلی استعمال کے لئے سنکھیا پوری مقداروں میں، ایسپرین، سوڈیم
سیلی سلیٹ، گوائکال (guaiacol)، آیوڈائیڈ آف آیرن، اور حیاتین الف اور ڈی
نفع بخش ہیں اور انہیں مناسب وقفوں کے ساتھ ہفتوں یا مہینوں تک جاری رکھنا
چاہیئے۔ بعض اصابتوں میں خلاصۂ درقیہ سے عمدہ نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ مرض کے فا
درجہ میں خود مفاصل کو جبائر میں آرام کی حالت میں رکھنا چاہیئے۔ صبغیہ آیوڈین لگا سک
ہیں۔

561 درد رفع ہوجانے کے بعد دلک اور حرکات مجہول، مفاصل کی حرکت پذیری
عضلی تغذیہ بحال کرنے میں ممد ہوں گے۔ دلک عمل میں لانے سے پہلے مفصل کو حرار
پہنچانا ایک اچھا طریقہ ہے، کیونکہ عرقی اتساع سے مفصل کی حرکت پذیری زیادہ ہوتی
حقیقت یہ ہے کہ عنقی یا قطنی مشارکی کے عقدات کا جراحی طور پر استیصال کرنے سے

جیسا کہ رینا ڈ (Raynaud) کے علاج میں کیا جاتا ہے (6)، شفا ہونا بیان کیا گیا ہے۔ ہسٹامین (histamine) کے اشرابات بھی مفید ہو سکتے ہیں (7)۔ حمائی غسل (peat baths)، خلابی غسل (mud baths)، برقی روشنی کے غسل (electric light baths)، گرم ہوائی غسل (hot air baths)، گرم پانی کے غسل (hot water baths) اور گردابی غسل (wirlpool bath) تا استعمال کر سکتے ہیں۔ برقی حرارت رسانی (diathermy)، مسلسل گیلوانی رَو، کثرتِ تواتر (high frequency)، اور سیلی سلک روانات کے ساتھ رواں رسانی کی شکل میں برق کا استعمال کر سکتے ہیں۔ بعض اوقات آزادانہ حرکت پذیر مفصل کا حاصل کرنا غیر ممکن پایا جاتا ہے، ایسی صورت میں مفید ترین وضع میں مفصل کی کیفی جبارت حاصل کرنے کی کوشش کرنی چاہیئے۔

نقرس

(gout)

یہ نام ایک قسم کے مفصلی التہاب کو دیا گیا ہے، جو خون میں یورک ایسڈ کی زیادتی اور جوڑوں اور دوسری بافتوں میں قلمی سوڈیم بائی یوریٹ (sodium biurate) کے جماؤ کے ساتھ وابستہ ہوتا ہے۔ مریضوں کی اکثریت میں پاؤں اور بالخصوص پاؤں کے انگوٹھے کے جوڑوں پر پہلے حملہ ہوتا ہے، اسی واسطے اس کا قدیم یونانی نام "نقرس پا" (podagra) درج ہے۔ لیکن ہاتھ کے جوڑ (نقرس الید = chiragra) اور دوسرے جوڑ بھی بالآخر، اور نسبتًہ بہت کم عام طور پر پہلے ماؤف ہوتے ہیں۔

بحث اسباب۔ نقرس کا شدید توارث مشہور ہے، چنانچہ نقرسی خاندان کی اولاد اوائل عمر ہی میں اس مرض کے حملوں کا رجحان رکھتی ہے جو مقابلتًہ بلا کسی سببِ محرک کے شروع ہو جاتے ہیں۔ یہ مرض عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ عام ہوتا ہے، اور ادھیڑ عمر اور بڑھاپے میں ہوا کرتا ہے، اگرچہ بعض اوقات بیان کی ہوئی موروثی اصابتوں میں نہایت جلد یعنی بیس سال کی عمر ہی میں ظاہر ہو جاتا ہے، اور یہ ایسے لڑکوں میں بھی دیکھا گیا ہے جو صرف آٹھ، نو یا بارہ سال کی عمر کے تھے۔ یہ

نقرس میں خون کے اندر یورک ایسڈ کی زیادتی ہوتی ہے۔ یہ سب سے پہلے اے۔ بی۔ گیرڈ (A. B. Garrod) نے اپنے "خیطی امتحان" ("thread test") کے ذریعہ بتایا۔ اس کی ترکیب یہ ہے کہ ایک چھالے سے دو ڈرام مصل لے کر اسے ایک اتھلے کھڑے شیشہ میں رکھ دیں، اس میں ایسیٹک ایسڈ کے ۱ یا ۲ قطرے ملادیں اور مصل کے اندر تین یا چار دھاگے رکھ کر اسے معمولی تپش میں تیس یا چالیس گھنٹے علیحدہ رکھ دیں۔ اس عرصہ کے اختتام پر اگر ان دھاگوں کا خردبین کے نیچے امتحان کیا جائے تو ان پر یورک ایسڈ کی قلمیں بنی ہوئی پائی جائیں گی۔ ایک طبعی شخص کے خون میں یورک ایسڈ ۳ ملی گرام فی صدی تک موجود ہوگا۔ نقرس کے حملے سے پہلے قدر ۴ تا ۶ ملی گرام فی صدی ہوگی۔ لیکن اس اعلیٰ عدد کے باوجود بول میں خارج شدہ یورک ایسڈ کی مقدار درجۂ طبعی کی نسبت کم ہوتی ہے۔ مزید برآں، اگر ایک نقرسی شخص کو غذا میں پیورینز دئے جائیں تو بول کے اندر ان کا اخراج ہونے میں بڑی تاخیر ہوجاتی ہے۔ اس سے مترشح ہوتا ہے کہ گردے کی اخراجی قوت کا فشل ہی خون کے اندر یورک ایسڈ کی زیادتی کا سبب ہے۔ نقرس کے حملے کے ساتھ بول کے اندر یورک ایسڈ کا اخراج یکایک زیادہ ہونے لگتا ہے اور یہ اخراج حملہ کے دوسرے یا تیسرے دن اپنے اعظم درجہ پر پہنچ جاتا ہے۔ ساتھ ہی مفاصل اور دیگر مقامات پر یوریٹی جماؤ واقع ہوتے ہیں۔ خون کے اندر یورک ایسڈ کم ہوجاتا ہے۔ یہ پایا گیا ہے کہ سنکوفین (cinchophen) diphenyl- (quinolin tetracarboxylic acid نقرس کے حملوں کو روک دیتا ہے جس کا طریقہ یہ ہے کہ وہ بول کے اندر یورک ایسڈ کے اخراج کو زیادہ کرتا ہے، اور اس کے ساتھ ہی خون اور بافتوں میں یورک ایسڈ کی مقدار کم ہوجاتی ہے (Folin)۔ اگر نقرسی شخص کو پیورین غذائیں دی جائیں تو اس سے یورک ایسڈ کے اخراج میں بھی آسانی پیدا ہوتی ہے۔

یاد رکھنا چاہئے کہ خون کا یورک ایسڈ بعض دمویت (leukæmia) اور شدید التہاب گردہ جیسے امراض میں زیادہ ہوسکتا ہے، جن میں نقرسی حملے غیر موجود ہوتے ہیں۔ چنانچہ نقرس صرف اسی سبب کے باعث نہیں ہوسکتا۔ اس کے علاوہ کوئی مزید سبب عامل ہونا چاہئے۔

نقرس کے حاد مفصلی التہابات سوڈیم بائی یوریٹ کے قلمی جماؤ کی خراش سے

منسوب کئے جاتے ہیں، جو بافتوں میں پایا جاتا ہے۔ اور ممکن ہے کہ حشائی حملے بھی اسی بائی یوریٹ کی قلموں کے کم ازکم عارضی جماؤ کے باعث ہوتے ہیں۔

علامات۔ نقرسی حملہ۔ مریضوں کی اکثریت میں نقرس پہلے ایک حاد التہاب کے حملہ کی صورت میں ظاہر ہوتا ہے، جو ایک پاؤں کے انگوٹھے کے بعد مشطی سلامی مفصل میں ہوتا ہے۔ مختلف اصابتوں میں مختلف تنبیہی علامات دیکھنے میں آتے ہیں۔ بعض میں صحت یا شگفتگی کا ایک غیر معمولی احساس ہو سکتا ہے۔ لیکن زیادہ اکثر مندرجۂ ذیل علامات ہوا کرتے ہیں:۔ دماغی یا ذہنی انخفاض نیند میں خلل۔ عجیب و غریب احساسات، کھجلی، یا جوارح میں اینٹھن۔ طنین الاذن۔ کثرتِ ریق، درد معدہ، قئے، یا ریحیت۔ بول کی مقدار اور رنگ میں تغیر، جب کہ بول زیادہ تر قلیل المقدار ہوتا ہے اور اس میں یوریٹس جم جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ علامات ایک یا دو دن تک تکلیف دہ رہے ہوں اور پھر مریض پاؤں کے انگوٹھے کے درد سے، عموماً دو بجے
رات کے قریب جاگ اٹھتا ہے۔ درد زیادہ تکلیف دہ ہوتا جاتا ہے اور مریض کو 563
چین ملنا غیر ممکن ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس کے ساتھ ہی قدرے سردی محسوس ہو، بلکہ قشعریرہ ہو کر کچھ بخار ہو جائے۔ چند گھنٹے سخت تکلیف دہ درد کے بعد اس میں بالآخر تخفیف ہو کر مریض سو جاتا ہے۔ پھر جب وہ جاگ اٹھتا ہے تو ماؤف مفصل کو سرخ اور متورم پاتا ہے۔ یہ مفصل نہایت الیم ہوتا ہے۔ اس کی جلد تنیدہ اور چمکدار ہوتی ہے، اور اگر اسے چھوا جا سکے تو دبانے سے اس میں قدرے تنقیر ہو جاتی ہے۔ آس پاس کی وریدیں قدرے پھولی ہوئی ہوتی ہیں۔ ممکن ہے کہ دن میں مریض کو سخت درد نہ ہو، مگر شام کے قریب تمام ابتدائی علامات مکرر نمودار ہو جاتے ہیں، یعنی شدید درد اور کسیقدر حموی تعامل، جن میں صبح کے قریب قدرے تخفیف ہو کر اس کے بعد کی رات میں پھر زیادتی ہو جاتی ہے۔ مفصل کا ورم جاری رہتا ہے، اور پاؤں سے اوپر کچھ فاصلے تک جلدی بافتوں میں پھیل جاتا ہے۔ رنگ مانند قاتم سرخ ہو جاتا ہے۔ بالآخر التہاب کم ہوتا ہے، اور یہ پانچ سے دس یا پندرہ دن میں ہوتا ہے، اور جلد کا تقشر ہو کر بڑے اور موٹے چھلکے اتر آتے ہیں، اور بتدریج اس کا رنگ معمولی ہو جاتا ہے۔ مستثنیٰ اصابتوں میں ایک یا دو پا انگلیوں کے ناخن گر سکتے ہیں۔ لیکن اس کے برعکس، خفیف حملوں میں تقشر

نہیں واقع ہوتا۔

مریض کی عام حالت خفیف حموی تعامل کی ہوتی ہے، جس کے ساتھ کم و بیش خلل معدہ بھی ہوتا ہے۔ تپش زیادہ بڑھی ہوئی نہیں ہوتی۔ ممکن ہے کہ تپش پیما ۱۰۱ درجہ تک پہنچ جائے، لیکن شاذ ہی ۱۰۲ درجہ تک بلند ہوتا ہے اور پھر وہ بھی تھوڑے عرصہ کے لئے۔ زبان پر موٹی فرجمی ہوئی ہوتی ہے، مریض کو اشتہا نہیں ہوتی، لیکن پیاس کی زیادتی، متلی، اور شراسیف میں تمدد کا احساس ہوتا ہے، اور وہ قبض زدہ بھی ہوتا ہے۔ حاد حملے کے ہمراہ التہاب وریدی اور وریدوں کی علقیت ہونا عام ہے، اور اگر گردے مرضی ہیں تو یوریا دمویت بھی واقع ہوسکتی ہے، اور عموماً کثیر الاشکال نواتی سپید خلیوں کی معتد بہ کثرت بھی ہوتی ہے۔

نقرس کا حملہ ختم ہونے پر مریض کی طبیعت اکثر اتنی اچھی ہوتی ہے کہ جیسی پہلے عرصہ دراز تک نہ تھی۔ اور بالعموم کئی ماہ بلکہ دو تین یا زیادہ سال تک اس حالت کو یاد دلانے والی کوئی بات پیش نہیں آتی۔ دوسرا حملہ اسی مفصل میں ہوسکتا ہے جس میں پہلے ہوا تھا اور تقریباً ہوبہو اسی کا مثنیٰ ہوتا ہے۔ یا وہ مقابل پاؤں میں، یا ایک ٹخنے، یا کلائی یا ہاتھ میں ہوسکتا ہے۔ تیسرا حملہ اکثر اس سے کمتر وقفے کے بعد ہوتا ہے کہ جتنا پہلے اور دوسرے حملے کے درمیان پایا گیا تھا، اور جوں جوں وقت گذرتا ہے سکون کے وقفوں کا طول کم سے کمتر ہوتا جاتا ہے۔ آخرکار ایک یا کئی حملوں کے بعد بہت سے مفاصل ماؤف ہوچکتے ہیں، اور متواتر حملوں سے ان میں ایسے تغیرات ہوجاتے ہیں، جن سے معتد بہ تشوہ پیدا ہوجاتا ہے، چنانچہ پرانا نقرسی مریض تقریباً اسیطرح اپاہج ہوجاتا ہے جس طرح کہ رثیت آسا التہاب مفصلی (rheumatoid arthritis) کا مریض۔

جب مرض اس درجہ تک پہنچ جائے تو یہ فی الحقیقت **مزمن نقرس** (chronic gout) ہے۔ اگر ہاتھ پاؤں کی انگلیوں کے چھوٹے مفاصل اکثر پہلے ماؤف ہوں تو ممکن ہے کہ بالآخر اطراف کے تمام مفاصل نقرسی جماؤ کا محل وقوع بن جائیں، مگر شانہ اور کولھا اکثر کمتر ماؤف ہوتے ہیں۔ ہاتھ کے مفاصل بڑے ہوجاتے ہیں اور وہ خمیدگی یا بسط شدگی کی مختلف اوضاع میں کم و بیش جم کر سخت ہوجاتے ہیں، اور شدید اصابتوں میں انگلیاں ہاتھ کی زندی جانب کو منحرف ہوجاتی ہیں۔ اسی طرح

ممکن ہے کہ پاؤں کج پائی (talipes) کی حالت میں جم کر سخت ہو جائے' یا گھٹنا اور کہنی خمیدہ وضع میں جم جائے۔ مفاصل کے گرد کا ورم اکثر سفید جماؤں کی موجودگی کی وجہ سے اور بھی بڑھ جاتا ہے' جنکو سنگینے (tophi) کہتے ہیں' جو ابتدائً پتلی چمکدار جلد کے نیچے قریب جا واقع ہوتے ہیں' اور ساتھ ہی وہاں کی وریدیں متسع ہوتی ہیں۔ لیکن ممکن ہے کہ بالآخر جلد پھٹ کر یہ ملائی یا کھریا مٹی جیسا جماؤ ایک وقت میں تھوڑا تھوڑا خارج ہو جائے' یا زیادہ شاذ اصابتوں میں اس جماؤ کے گرد تقیح واقع ہو کر اس کا اخراج زیادہ جلد واقع ہو جائے۔ یہ سنگینے ماؤف مفاصل تک ہی محدود نہیں۔ یہ متصلہ انگلیوں کی جلد کے نیچے دُرجلوں میں (مثلاً زَج کے اوپر)' اوتار میں' اور اکثر بار کان کے گوش پیچہ کی کُرّی میں دیکھے جاتے ہیں۔ اگر ان میں سے کسی ایک جماؤ سے نکلے ہوئے ملائی جیسے رَس کا امتحان خُردبین کے نیچے کیا جائے تو وہ کثیر التعداد دقیق سوزن نما قلموں سے بنا ہوا پایا جائے گا' جو بیشتر سوڈیئم بائی یوریٹ سے بنی ہوئی ہوتی ہیں' جس کے ساتھ کیلسیئم یوریٹ یا فاسفیٹ' اور سوڈیئم کلورائڈ کا تھوڑا تناسب ہوگا۔

بعض اوقات نقرس تحت الحاد بلکہ مزمن مفصلی التہاب کی شکل میں دو یا زیادہ مفاصل میں واقع ہوتا ہے' جس میں پاؤں کے انگوٹھے یا ہاتھ میں کوئی سابقہ حاد حملہ نہیں ہوتا۔ اس میں اکثر حادرثیت کے کثیر مفصلی التہاب سے عام مشابہت پائی جاتی ہے۔ 564
علاوہ ازیں تمثیلی رثیت آسا مفصلی التہاب (rheumatoid arthritis) کی بعض اصابتوں میں دموی یورک ایسڈ بلند درجہ پر پایا جاتا ہے' جو غالباً نقرسی میلان کا ہوتا ہے۔

"بیقاعدہ نقرس" ("irregular gout") کے عنوان کے تحت بعض ایسے اختلالات داخل ہیں جو نقرسی اشخاص میں ممکن الوقوع ہیں مگر جن کا درحقیقت اس مرض سے کوئی تعلق نہیں۔ یہ حسب ذیل ہیں:۔ معدی اور معوی نازلت' شعبی التہاب' التہاب ملتحمہ' التہاب قزحیہ' مجری بول کا نقرسی التہاب (جو ایبسٹین : Ebstein کی رائے کے مطابق جریان مذی : prostatorrhœa ہے)' التہاب العصب' کہبت جگر (cirrhosis of the liver) اور مزمن اکزما (chronic eczema)۔

تشخیص۔ تمثیلی نقرسی حملہ جو رات کے وقت پاؤں کے انگوٹھے میں ہوتا ہے'

شاذ ہی کسی دوسری چیز کے ساتھ خلط ملط کیا جا سکتا ہے۔ حاد رثیت (acute rheumatism) سے اس کی تفریق ایک مفصل کے سیاہ سرخ، چکدار تنیدہ ورم سے اور عام پسینہ نہ آنے اور خفیف بنیئی اختلال سے ہوتی ہے۔ بعد کی علالتیں جن میں بہت سے مفاصل ماؤف ہو جاتے ہیں زیادہ قریبی مشابہت ظاہر کرتی ہیں۔ نقرس میں عموماً منفرد مفاصل کے متعدد سابقہ حملوں کی سرگذشت ہوتی ہے، اور تپ یا پسینہ اس سے کمتر ہوتا ہے کہ جتنا رثیت میں۔ لیکن خود مفاصل کی حالت پر اس قدر اعتماد نہیں کیا جا سکتا جس قدر کہ ابتدائی حملوں میں کیا جا سکتا تھا۔ نقرس میں ہاتھ کی پشت کا ورم اور سرخی ایسی ہو سکتی ہے جو پھوڑے سے مشابہ ہو، لیکن تموج شاذ ہی حاصل ہو سکتا ہے، اور سرگذشت ایسی ہوتی ہے جو بیشتر غلطیوں سے محفوظ رکھتی ہے۔ متعدد نقرس سے تقیح الدم (pyæmia) کا گمان پیدا ہو سکتا ہے، لیکن آخر الذکر میں قشعریرے زیادہ شدید اور عام اختلال زیادہ نمایاں ہوگا۔ تمام اصابتوں میں سنگینوں کے لئے کانوں کا امتحان کرنا چاہئے، اور اگر ضرورت ہو تو سنگینہ کے کچھ حصہ کا خردبینی امتحان کر کے دیکھنا چاہئے کہ سوڈیم بائی یوریٹ کی قلمیں موجود ہیں یا نہیں، یا میورکسائڈ والا کاشفہ (murexide test) کرنا چاہئے۔ مشکوک اصابتوں میں طریقۂ فولین (Folin's method) سے خون کے یورک ایسڈ کی تخمین کی جا سکتی ہے۔ اس کی ادنیٰ قدر نقرس کو خارج از بحث کر دیتی ہے، لیکن اگر قدر بلند ہو تو اس سے یہ لازم نہیں آتا کہ نقرس ضرور موجود ہے۔

مزمن طور پر ماؤف مفاصل کا شعاع نگاری امتحان مفید ہو سکتا ہے۔ چونکہ سوڈیم یوریٹ لاشعاعوں کے لئے شفاف ہوتا ہے، ممکن ہے کہ مفاصل کے قرب وجوار میں صاف رقبے دیکھے جائیں۔ اُن کی کوریں ایسی واضح طور پر نمایاں ہوتی ہیں گویا کہ وہ سنبہ کئے ہوئے ہوں، اور یہ رقبے اکثر گول ہوتے ہیں اور اُن کی جسامت چھ پنس کے سکہ کے برابر تک ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ مفصلی سطح میں چھوٹے قدری سوراخ نظر آئیں۔ ہڈی کی ساخت متغیر نظر آ سکتی ہے، اور ممکن ہے کہ خطوط بیقاعدہ ہوں، اور ہڈی کی شکل مشوہ ہو۔ یہ اُس خراش سے منسوب کیا جاتا ہے جو یورک ایسڈ کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے۔ ہڈی کی پوری سے انگشت نما نتوآت یا نبوج نکلے ہوئے نظر آ سکتے ہیں



یہ شعاع نگاشتیں نقرس کی تصویر پیش کرتی ہیں۔ دائیں ہاتھ کی دوسری، تیسری اور پانچویں انگلیوں کے قریبی سلامیات کی پوریوں میں واضح گول، صاف رقبے نقطوں میں تغیرات
اور کہیں کہیں تسوس بھی ملتا ہے [illegible]۔ بائیں ہاتھ کی چوتھی اور پانچویں انگلیوں کی دوسری اور تیسری سلامیات کے درمیان اور انگوٹھے بائیں گوشت کی تھیلی اور
دوسری سلامیات کے درمیان فصل [illegible]۔ انگشت ماغی تو واضح نظر آتے ہیں۔ [illegible] کی ایک اصابت ہے)

بالمقابل صفحہ 564

(ملاحظہ ہو صفحہ ۴۴)۔

انذار۔ نقرس ایک بار ظاہر ہونے کے بعد مکرر ہونے کا امکان رکھتا ہے، تاوقتیکہ وہ غذائی اور دوسرے حالات نہ بدلے جائیں کہ جن سے وہ پیدا ہوا ہے۔ اگر وہ اواخر عمر میں لاحق ہوا ہو اور معقول علاج ہو تو ممکن ہے کہ وہ زندگی کو زیادہ کوتاہ نہ کرے۔ اُس کے ساتھ واقع ہونے والی شریانی صلابت اور اوّلی منقبض گردہ (primary contracted kidney) خطرناک ہو سکتے ہیں۔

تحریز۔ غذا ہمیشہ معتدل مقدار میں لینی چاہئے۔ بہت سے مریض حد سے زیادہ فربہ ہوتے ہیں، چنانچہ اُن کے لئے وزن کا کم ہونا مفید ہو گا۔ پروٹین اور کاربوہائڈریٹ دونوں قسم کی اغذیہ کی کمی عموماً فائدہ مند خیال کی جاتی ہے۔ لیکن سب سے زیادہ اہم یہ ہے کہ ایسی غذا منتخب کی جائے جس میں پیورین اجسام کی اقل مقدار ہو، کیونکہ ان کو مشمول رکھنے والی غذا سے نقرس کا حملہ جلد ہو جاتا ہے۔ نہایت قلیل پیورین شامل رکھنے والی غذائیں حسب ذیل ہیں:۔ دودھ، انڈے، مکھن، پنیر، میدے کی روٹی، چانول، ساگودانہ پھل، کرم کلہ، کاہو، گوبھی اور آلو۔ بہت مقدار میں پیورین شامل رکھنے والی غذائیں جن سے پرہیز کرنا لازم ہے، حسب ذیل ہیں:۔ کوکو (cocoa)، چاکولیٹ (chocolate) جَو، جئی کا آٹا، لحمی غذائیں، جن میں سُور کا بے چربی کا گوشت نمک لگایا ہوا اور سکھایا ہوا، سُور کی نمکین دھوئیں میں پکائی ہوئی ران، اور بہت سے اعضا شامل ہیں۔ ان میں بعض غذاؤں میں آگزلیٹز (oxalates) بھی موجود ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 508)، لہٰذا انسے پرہیز ضروری ہے۔ یہ آلوؤں کے متعلق بھی سچ ہے۔ جب پیورینوں کو اقل مقدار تک گھٹانا منظور نہ ہو، تو مندرجہ ذیل اشیا، جن میں پیورینوں کی معتدل مقدار موجود ہے لی جا سکتی ہیں۔ سُور کا چربی دار گوشت نمک لگایا ہوا اور سکھایا ہوا، بھیڑ یا بکری کے گوشت کے قیمے کے تلے ہوئے کباب، سُور کا بھنا ہوا گوشت، زبان، دھیمی آنچ پر پکائی ہوئی اوجھڑی، بھیجا، شاہ بلوط کا پھل، اسپیرگس (asparagus)، مچھلی کا اچار، مٹر، جئی کا آٹا، پھلیاں، برسلز سپروٹز (Brussels sprouts)، مسور، مولیاں، پالک، کھٹی گھاس (sorrel)، رس بھریاں (raspberries)، ریوند۔ شخصی خصائص کا لحاظ بھی ضروری ہو گا تاکہ سوء ہضم نہ ہونے پائے، اور اس شرط کے ساتھ چربی بھی اعتدال کے ساتھ لے سکتے ہیں۔ نقرس کا رجحان

لکھنے والوں کے لئے بہترین یہی ہے کہ ہر قسم کی الکحل سے پرہیز کریں - ہلکی سپید انگوری شراب سب سے کم مضر ہوتی ہے، یا عمدہ برانڈی یا وسکی کی تھوڑی مقدار جسے خوب مرقق کر لیا گیا ہو - ذیابیطس کی طرح اس مرض میں بھی کسی چیز کو میٹھا کرنے کے لئے سیکرین (saccharin) کا استعمال سود مند ہے - ہضم اور تمثیل کی ترقی کے لئے ورزش کا فائدہ کافی طور پر مشہور و معروف ہے - قلوی یا مالح میاہ کارآمد ہیں، اور اس سے بھی زیادہ کارآمد 565
ایسے معدنی چشموں والے مقامات کی رہائش ہے جہاں پانی کے اثر کے ساتھ منظم غذا، تازہ ہوا اور فرحت بخش ماحول بھی حاصل ہو سکتا ہے -

سنکوفین (cinchophen) [جس کے تجارتی نام اٹوفان (atophan)، اگوٹان (agotan)، فینوکوئن (phenoquin) اور کوئنوفان (quinophan) ہیں] نقرس کے حملوں کے حفظ ما تقدم کے لئے نہایت مفید دوا ہے - یہ ہر ہفتے میں تین دن تک کھانے کے بعد روزانہ تین مرتبہ ۱۵ گرین کی مقداروں میں دی جاتی ہے - اگر معدی خراش ہو تو سوڈیم بائی کاربونیٹ، ۱۵ گرین، ہمزبان طور پر دے سکتے ہیں - غذا میں کثرت سے کاربوہائڈریٹ موجود ہونے چاہئیں - سنکوفین کا تسمم اب خوب معلوم ہے اور اس کے علامات ارسینو بنزال کے تسمم (جو ملاحظہ ہو) کے علامات سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں - جگر کے حاد تنخر سے ہونے والے سمی یرقان کی مشابہت پیدا ہو سکتی ہے، اور نہایت ہی عام ہے، لیکن التہاب الدماغ کے علاوہ، تمام "ابتدائی سمی اثرات" کی مشابہت پیدا ہو سکتی ہے، اور ممکن ہے عارضی البیومن بولیت پائی جائے (13، 12)-

سیلی سیلیٹس (salicylates) اور سوڈیم بنزوئیٹ (sodium benzoate) بھی پیشاب میں یورک ایسڈ کے اخراج کو بڑھانے میں اسی طرح عمل کرتے ہیں - امعاء کے عمل کو بھی آزادانہ ترقی دینی چاہئے -

علاج - حاد نقرس میں ماؤف پاؤں کو اوپر اٹھا ہوا رکھنا چاہئے، اور اگر مریض صاحب فراش نہیں ہے تو اس پاؤں کو ایک کرسی یا کوچ پر سہارا دینا چاہئے - اسے نرم روئی میں لپیٹ دینا چاہئے، اور شدید اصابتوں میں کوئی دافع درد لاسقہ، جیسے کہ لفاح کا مروخ (belladonna liniment)، صبغیہ بچھناگ (tincture of aconite)، صبغیہ افیون، یا ایٹروپین اور مارفیا کا غسول ایک لنالیہ چھڑک کر پہلے سے پاؤں پر لگایا

جاتا ہے، اور پھر ایک روغن زدہ ریشمی کپڑا یا تپلا گٹا پرچا (gutta-percha) سب کے اوپر رکھ سکتے ہیں۔ جونکوں، گرم پولٹسوں، اور برفانی لاستقات سے احتراز کرنا چاہیئے۔ کم عمر مریضوں میں غذا کو دودھ اور نشاستہ دار اغذیہ تک محدود کر دینا چاہیئے، لیکن زیادہ عمر اشخاص اور اُن اشخاص کو جو سابقہ حملوں کی وجہ سے نڈھال ہو چکے ہوں، غذا زیادہ فیاضانہ دی جا سکتی ہے، مگر پھر بھی اُسے زیادہ تر سیال اور زود ہضم ہونا چاہیئے۔ اگر ممکن ہو تو الکحل سے قطعی پرہیز کرانا چاہیئے۔ دوائے سورنجان (colchicum) بیشتر اصابتوں میں یقینی اثر رکھتی ہے۔ اُسے نبید یا صبغیہ کی شکل میں ۵ تا ۲۵ قطرے کی مقداروں میں ہر چھٹے یا چوتھے گھنٹے، پوٹاسیئم بائی کاربونیٹ یا سائٹریٹ یا لیتھیم سائٹریٹ کے ساتھ ملا کر دے سکتے ہیں۔ ملتہب مفصل کی حالت میں تخفیف پیدا کرنے کے لئے سنکوفین بے کار محض ہے۔ آنتوں کو کیلومیل (calomel) سے فاعلی رکھنا چاہیئے۔ اگر درد نہایت شدید ہو تو مارفیا تحت الجلد اشراب کے ذریعہ یا داخلی طور پر دے سکتے ہیں۔

بیش پرورشی ریوی عظمی داء المفصل

(HYPERTROPHIC PULMONARY OSTEOARTHROPATHY)

ہاتھ کی اُنگلیوں کی گرز شکلی اس مرض کا ابتدائی ترین درجہ ہے۔ اُنگلی کی انتہا متورم اور گول ہو جاتی ہے۔ ناخن بڑا ہو کر معمول کے نسبت زیادہ محدب ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ صرف نرم حصے ماؤف ہوں، لیکن سُلامی اکثر چوڑی اور موٹی ہو جاتی ہے۔ کامل نمو یافتہ بیش پرورشی ریوی عظمی داء المفصل میں اُنگلیوں میں گرز شکلی کے ساتھ جوارح کی ہڈیوں کی کلائی بھی واقع ہو جاتی ہے، بالخصوص ہاتھوں اور پاؤں کی ہڈیوں کی، اور لمبی ہڈیوں کے بُعدی سروں کی۔ ممکن ہے پہلے مفاصل میں اکڑ ہو کر بعد میں انصباب واقع ہو جائے۔

گرز شکلی اصابتوں کے دو گروہوں میں واقع ہوتی ہے:- (۱) اُن لوگوں میں جو بڑی اُونچائیوں پر رہتے ہیں، مثلاً اینڈیز (Andes) میں (11)، یا جو قلت

آکسیجن کی دوسری حالتوں میں مبتلا ہوں، جیسے کہ مزمن ریوی مرض، مثلاً لیفی شش (fibroid lung)، سل ریوی نفاخ اور تمدد والشعب (bronchiectasis) میں نیز واسطی نوبالیدوں (mediastinal new growths) میں انور سماسے تحت الترقوہ ورید کے انضغاط میں، جب کہ یک جانبی گرزشکلی پائی گئی ہے، میث ہیموگلوبن دمویت (methæmoglobinæmia) یا سلف ہیموگلوبن دمویت (sulphæmoglobin-æmia) میں اور پیدائشی مرض قلب اور شاذ صورتوں میں اکتسابی مرض قلب میں۔

(۲) اس گروہ میں مختلف الانواع اصابتیں کبة الکبد (cirrhosis of the liver)، ساری التہاب درون قلبہ (infective endocarditis)، سرطان المری (carcinoma of the œsophagus)، بوابی ضیق (pyloric stenosis) وغیرہ شامل ہیں۔ اولی سبب کے دور ہونے پر گرزشکلی غایب ہوگئی ہے۔ امراضیاتی اور سایہ نگاری مشاہدات سے ظاہر ہوتا ہے کہ نمو یافتہ ریوی عظمی دا المفصل میں لمبی ہڈیوں کے گرد عظمہ اور بالخصوص عظم کعبری زیریں ثلث، زندی قصبیہ شظیہ، بعد رسغی ہڈیوں، بعد مشطی ہڈیوں، اور ہاتھ اور پاؤں کی قربی اور وسطی سُلامیات کے گرد عظمہ کے نیچے نئی ہڈی کا ایک ہلکا سا جماؤ ہو جاتا ہے۔ یہ جماؤ ایسا ہوتا ہے کہ جس سے ہڈی کے قربی اور بعدی سِروں کے درمیان کا انخداب پُر ہو جاتا ہے، اور جیسا کہ مثلاً بعد رسغی ہڈی کی حالت میں ہوتا ہے، درمیانی حصہ سروں کی نسبت زیادہ موٹا ہو جاتا ہے۔ بعض اوقات مفاصل (کلائی اور ٹخنوں کے جوڑ اور بین السلامیات مفاصل) میں سیال موجود ہوتا ہے، اور اُن کی زلالی جھلی موٹی پڑ جاتی ہے۔ ہاتھ اور پاؤں کی اُنگلیوں کی گرزشکلی میں اولی تغیر یہ ہوتا ہے کہ ناخن اور سُلامی کے درمیان کی بافت میں اُوذیما واقع ہو کر اتصالی بافت کے ریشوں کو ایک دوسرے سے جُدا کر دیتا ہے (10)۔ آخری درجوں میں اس کی جگہ چربی اور لیفی بافت پیدا ہو جاتی ہے۔ ابتدائی اصابتوں میں اُنگلیوں کی جانبوں کو تھوڑے عرصہ تک دبانے کے بعد، ناخن کے قاعدے کو دبانے پر ایک وحلی احساس ہوتا ہے، گویا کہ ناخن ایک گاڑھے سیال پر رکھا ہوا ہے۔ اس اُوذیما کے پیدا کرنے میں غالباً دو عوامل کار فرما ہوتے ہیں یعنے آکسیجن سے شریانی خون کی عدم سیری اور محیطی رکود۔ اصابتوں کے دوسرے گروہ میں اُنگلیوں کی گرزشکلی کی توجیہ اس طریقہ پر بمشکل کی جاسکتی ہے۔ 560

عدم نموِ غضروف

(ACHONDROPLASIA)

یہ ہڈیوں اور کرّیوں کا ایک پیدائشی مرض ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ بالیدگی مستقل طور پر ٹھٹھر جاتی ہے اور دوسرے تشوّہات بھی پیدا ہو جاتے ہیں۔ دروں افرازی غدد میں کوئی قابلِ مظاہرہ تغیر نہیں پایا گیا۔ اس کی موروثی نوعیت (بعض اوقات یہ ایک نسل بیچ میں چھوڑ کر ظاہر ہوتا ہے) زیادہ ایک ورثہ میں حاصل کئے ہوئے بافتی نقص کی تائید میں ہے۔ پیدائش کے وقت جوارح، بالخصوص اپنے بالائی نصفوں میں، غیر معمولی طور پر چھوٹے پائے جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ بچہ پورے وزن کا ہو، مگر اُس کی بالیدگی سست ہوتی ہے، جوارح کا چھوٹا پن قائم رہتا ہے، اور اِس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قد چھوٹا ہوتا ہے، اگرچہ کہ عمود الفقرات کا طول طبعی ہوتا ہے۔ سُرین باہر نکلے ہوئے ہوتے ہیں جس سے فطاء کا منظر پیدا ہو کر بطخ چال پائی جاتی ہے۔ سر عموماً بڑا، کسیقدر کساحتی سَر جیسا ہوتا ہے، جس کے ساتھ پیشانی نمایاں اور اُبھری ہوئی لیکن ناک کا بانسہ بیٹھا ہوا ہوتا ہے۔ جوارح اکثر عرضی فجوے ظاہر کرتے ہیں گویا کہ نرم حصے ہڈیوں کے مقابلہ میں زیادہ لمبے ہیں۔ ہاتھ ایک مخصوص و ممیز تشوہ ظاہر کرتے ہیں اور وہ یہ ہے کہ جب پنجہ کھلا ہوا ہو تو انگشتِ شہادت اور بیچ کی اُنگلی، بنصر اور چھنگلیا سے منفرج ہوتی ہیں (ترسولی ہاتھ =trident hand)۔ یہ تشوہات لمبی ہڈیوں کی اور لاسیما لہٰ ہڈیوں کی کریوں کے تعظّم میں نقائص کے باعث اور ساتھ ہی جمجمی قاعدہ کی ہڈیوں کے قبل از وقت اتحادِ عظمی کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں۔ جمجمہ کی وہ ہڈیاں جو جھلی میں بنتی ہیں، نیز وہ ہڈیاں جو حیاتِ جنینی کے اواخر تک غضروفی رہتی ہیں یعنی عظم القص، رضفہ، رُسغی، اور مشطی ہڈیاں، اور ضلعی کریاں، طبعی طور پر نمو یافتہ ہوتی ہیں۔ غدہ درقیہ طبعی ہوتا ہے، اور اِس مرض میں مبتلا ہونے والے مریضوں کی سمجھ اچھی ہوتی ہے اور وہ عضلی اور صنفی لحاظ سے عمدہ نمو یافتہ ہوتے ہیں۔ عموماً یہ مرض عمر کو کم کرنے کا رجحان نہیں رکھتا۔

کریوں میں واقع ہونے والے تغیرات تین قسم کے ہوتے ہیں :۔ (۱) ناقص تکوینی جس میں خلیات کی تقلیل ہوتی ہے۔ (۲) بیش تکوینی جس میں تکاثر بہ افراط ہو کر برنامیات کی کلانی ہوتی ہے۔ (۳) لینت جس میں خلیوں کی ترتیب ناقص استوانی ہوتی ہے اور عروقیت زیادہ ہوتی ہے۔ کیلشیم کے تحول میں کوئی غیر طبعی بات نہیں پائی جاتی۔ کسی علاج سے کوئی فائدہ نہیں ہوتا۔

ناکمل تکون العظام

(OSTEOGENESIS IMPERFECTA)

جیسا کہ اس نام سے ظاہر ہے، اس شاذ حالت میں ہڈیوں کا تعظم ناکمل ہوتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ان میں غیر معمولی قصف موجود ہوتا ہے، بالخصوص لمبی ہڈیوں میں۔ اور کھوپری کی ساخت غیر معمولی ہوتی ہے جو اس مرض کا تمثیلی خاصہ ہے۔ لمبی ہڈیوں کی ڈنڈیاں ٹیڑھی اور بل کھائی ہوئی ہوتی ہیں، اور ان کے طول میں کسقدر قصر ہوتا ہے، جو جوارح کے قربی نصفوں میں زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ پسلیوں اور جوارح دونوں میں کسور بڑی آسانی کے ساتھ واقع ہو جاتے ہیں اور یہ نسبتہً بے درد ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ ہڈیاں پیرایک دشبذ کے نیچے جڑ جائیں، جو متدیر شکل میں نمودار ہوتا ہے۔ کھوپری میں ایک چوڑی درز بھی قائم رہتی ہے جو ایک بڑے یافوخ مقدم کے ساتھ مسلسل ہوتی ہے۔ یافوخ موخر بھی بڑا باقی رہ جاتا ہے۔ ہڈیاں پتلی ہوتی ہیں اور دبانے سے دب جاتی ہیں، اور ہر حالت میں بجائے ایک منفرد ہڈی بنانے کے وہ ہڈی کے چھوٹے چھوٹے بے قاعدہ اور جدا جدا ٹکڑوں کی ایک پچی کاری پیش کرتی ہیں۔ ممکن ہے کہ کھوپری جانبی خطے میں اب بھی غیر متعظم رہ جائے، اور اس سے صدغی خطے میں کان سے عین اوپر ہی ایک ممیز ابھار پیدا ہو جاتا ہے، جس سے صدفہ باہر کی طرف ہٹ جاتا ہے۔ محجرین بیضوی ہوتے ہیں اور ان کا طویل محور انتصابی ہوتا ہے، اور دوران زندگی میں آنکھ کے ڈھیلے نیچے کی طرف پھرے ہوتے ہیں جس سے اس حالت سے کسی قدر مشابہت پیدا ہو جاتی ہے جو مزمن استسقاء دماغی

(chronic hydrocephalus) میں دیکھی جاتی ہے۔ پیدائشی، صبیانی، اور تاخیر پذیر قسمیں بیان کی جاتی ہیں۔ بہت نمایاں ارثی رجحان پایا جاتا ہے۔ یہ حالت بسا اوقات نیلے صلبیات کے ہمراہ پائی جاتی ہے (14)۔ پیدائشی قسم میں بسا اوقات دروں رحمی کسور کی شہادت پائی جاتی ہے، کہ جن سے تشوہات پیدا ہو گئے ہیں۔ ان میں سے بہت کم اصابتیں ایسی ہوتی ہیں کہ جو چند دن سے زیادہ زندہ رہتی ہیں۔

عظمی نا ہضات کا تکاثر ناقص ہوتا ہے، اور کیلشیم کا احتباس طبعی سے کم ہوتا ہے۔ **علاج** کا مقصد یہ ہونا چاہیے کہ تفرزات کو روکا جائے کیلشیم گلوکونیٹ کی اور حیاتین د کی بڑی مقادیں مفید معلوم ہوتی ہیں۔

تشوہی عظمی التہاب

(OSTFITIS DEFORMANS)

(Paget's disease = مرضِ پاجیٹ)

اس مرض کی تسبیب نامعلوم ہے۔ شاید اغلب ترین خیال یہ ہے کہ یہ افراز باطنی کے کسی نقص کی وجہ سے ہوتا ہے۔ لیکن آتشک اس کا ایک سبب خیال کی گئی ہے۔ یہ دونوں صنفوں کو تقریباً مساوی طور پر ماؤف کرتا ہے اور زندگی کے آخری نصف میں دیکھا گیا ہے۔

مرضی تشریح ۔ اکثر جوارح کی لمبی ہڈیوں پر مرض کے ابتدائی درجوں میں حملہ ہوتا ہے۔ وہ موٹی ہو جاتی ہیں۔ لبّی کہفہ کی جسامت زیادہ ہو جاتی ہے۔ ساتھ ہی ٹھوس ہڈی بناوٹ میں زیادہ ڈھیلی اور زیادہ اسفنجی اور معمول کے نسبت بہت زیادہ موٹی ہو جاتی ہے۔ نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ گو یہ ہڈیاں بڑی ہوتی ہیں تاہم یہ ہلکی ہوتی ہیں۔ جوارحِ زیریں کی ہڈیاں جسم کے وزن سے خمیدہ ہو جاتی ہیں۔ ایسی ہی دبازت اور مسامیت کھوپڑی کی ہڈیوں میں بھی دیکھی جاتی ہے۔ شوکہ کا تسنم (kyphosis of the spine) پیدا ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ چہرہ، ہاتھ، پاؤں اور حوض کی ہڈیاں ترقوی ہڈیاں اور پسلیاں ایسے ہی تغیرات خفیف درجہ میں ظاہر کریں صلابت الشرائین

اورعضلۂ قلب کا انحطاط اکثر موجود ہوتا ہے۔

علامات - مرض کا حملہ غیر محسوس طور پر ہو جاتا ہے۔ مریض ماؤف حصوں میں درد اور ایلمیت کی شکایت کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ اس کی ٹانگیں بتدریج کمان کی طرح جھک جائیں اور پشت خمیدہ ہو جائے۔ کھوپڑی کی جسامت کی زیادتی کا احساس اس وجہ سے ہوتا ہے کہ اسے نسبتہً بڑی ٹوپی پہننے کی ضرورت معلوم ہوتی ہے۔ اکثر یہ مرض ایک جارحہ میں شروع ہو کر بالآخر مقابل جانب کا متناظر جارحہ ماؤف ہو جاتا ہے۔ آخری درجوں میں مریض کی ہیئت مخصوص طور پر ممیز ہوتی ہے' یعنے پیٹھ جھکی ہوئی' ٹانگیں کمان کی طرح خمیدہ اور بڑا سا سر آگے کو نکلا ہوا ہوتا ہے۔ وہ صرف ایک لکڑی کے سہارے سے بطیٔ چال چل سکتا ہے۔ یہ مرض آہستہ آہستہ ترقی پذیر ہوتا ہے لیکن عمر کم نہیں کرتا' الا یہ کہ بعض اوقات ماؤف ہڈیوں میں خبیث لحمی سلعہ نمو یاب ہو جاتا ہے۔ ہڈیوں میں کسر کا امکان نہیں ہوتا۔ دموی فاسفیٹس کم ہو جاتا ہے لیکن کیلشیم اور فاسفورس طبعی ہوتے ہیں۔

تشخیص - اس مرض کو مندرجۂ ذیل امراض سے متفرق کرنا چاہیے :—

کبر الجوارح (acromegaly)' جس میں نرم حصے بھی اسی طرح ماؤف ہوتے ہیں جس طرح کہ ہڈیاں۔ عظمی مفصلی التہاب (osteoarthritis)' جس میں مفاصل ماؤف ہوتے ہیں مگر ہڈیوں کی ڈنڈیاں ماؤف نہیں ہوتیں۔ لینت العظام (osteomalacia)' جس میں ہڈیاں نرم ہوتی ہیں اور ان کے کسر کا امکان ہوتا ہے۔ اور **آتشک** (syphilis) جس میں کھوپڑی کی عام کلانی موجود نہیں ہوتی۔ سرگذشتِ مرض اور تعاملِ واآزرمن سے بھی مدد ملے گی۔ لاشعاعی مناظر نہایت ممیز ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۴۵)۔

علاج - یہ علامات کے لحاظ سے ہوتا ہے۔ اگر تعاملِ واآزرمن مثبت ہو تو دافع آتشک تدابیر اختیار کرنی چاہئیں۔

تختہ ۳۵



گانی کے ہسپتال میں راقم الحروف کی ایک اصابت جس میں مجمہ بائیں ذراعیہ، فخذیہ اور حوض کا تشوہی عظمی التہاب دکھایا گیا ہے (شعاع نگاشتیں مسٹر ایچ۔ ایم۔ ورتھ (Mr. H. M. Worth) نے لی ہیں)

(بالمقابل صفحہ 567)

حوالہ جات

REFERENCES

1 O. Folin .. 1905 *Am. Journ. Physiol.*, 13, pp. 45, 66.

2 G. Graham and E. P. Poulton .. 1913 *Quart. Journ. Med.*, 7, p. 13.

3 R. Pemberton .. 1928 *Proc. Conf. on Rheum. Dis., Bath*, p. 182.

4 J. A. Glover, Milroy Lectures .. 1930 *Lancet*, i., pp. 500, 607, 733.

5 C. W. Buckley .. 1931 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 1108.

6 L. G. Rowntree .. 1930 Quoted in *Lancet*, i., p. 964.

7 A. A. Bisset and A. Woodmansey .. 1933 *Lancet*, ii., p. 1018.

8 V. Coates and J. L. Delicati .. 1928 *Lancet*, i., p. 1069.

568 9 G. L. Kerr Pringle and O. S. Miller .. 1923 *Lancet*, i., p. 171.

10 Campbell .. 1924 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 145.

11 J. Barcroft and others. 1922 *Brit. Med. Journ.*, i., p. 648.

12 G. Evans and A. W. Spence .. 1929 *Lancet*, i., p. 704.

13 T. G. Reah .. 1932 *Lancet*, ii., p. 504.

14 Bronson, quoted by J. A. Foote .. 1927 *Clinical Poediatrics*, 7, 1927.

15 Reports on Chronic Rheumatic Diseases 1935 i., p. 19.

16 R.L. Cecil, E.E. Nichols and W. J. Stainsby 1929 *Arch. Int. Med.*, 43, 571.

„ „ 1931 *Amer. J. Med. Sci.*, 181, 12.

17 E. E. Nichols and W. J. Stainsby .. 1931 *J. Clin. Invest.*, 10, 323.

وہ امراض جو غذا میں بعض اجزا کی کمی کے باعث لاحق ہو جاتے ہیں

معین غذائی اجزا

(ACCESSORY FOOD FACTORS)

حیاتینیں (vitamins)

نوعمر حیوان کی بالیدگی کا انحصار عوامل کے ۲ گروہوں پر ہوتا ہے:۔ (۱) وہ عوامل جو اُس عضویہ کی ذات میں موجود ہیں اور وراثت سے متاثر ہوتے ہیں۔ (۲) وہ عوامل جو ماحول میں موجود ہوتے ہیں اور عضویہ پر باہر سے اثر انداز ہوتے ہیں۔ انہیں سب سے زیادہ اہم غذا ہے۔ زمانہ حال تک بالعموم کسی فرد کی غذا کا حساب صرف اس کی توانائی احتیاجات کی بنا پر کرنا کافی سمجھا جاتا تھا' اور بافتوں کے اِتلاف یا ذبول میں واقع ہونے والے نقصان کی تلافی کے لئے اور بڑھتے ہوئے عضویہ میں بننے والی نئی بافت کی مقدار کو پورا کرنے کیلئے کافی سے زیادہ پروٹینی خوراک دی جاتی تھی۔ لیکن داء الحفر (scurvy) کی حالت میں کئی صدیوں کے انسانی تجربہ سے ظاہر ہو گیا ہے کہ اس کے علاوہ کسی اور چیز کی بھی ضرورت ہے' اور ہم دیکھتے ہیں کہ بیک سٹروم (Bachstrom) ۱۷۳۴ء میں یوں لکھتا ہے "یہ خرابی" (یعنے داء الحفر) صرف تازہ نباتی غذا اور سبزیوں سے قطعی پرہیز کرنے کی وجہ سے ہوتی ہے' اور تنہا یہی اس مرض کا حقیقی اولی سبب ہے...... یہ صرف تازہ سبزیاں ہی ہیں جو جسم کو اس مرض سے محفوظ رکھتی اور نہایت عجلت کے ساتھ' بلکہ چند ہی دنوں میں شفا بخشتی ہیں' بشرطیکہ مریض استسقائی یا مدقوق ہو کر ناامیدی کے درجہ تک نہ پہنچ گیا ہو" سنہ ۱۹۰۷ء میں

ہاپکنس (Hopkins) نے یہ عام اصول بیان کیا کہ خالص پروٹینز، شحوم اور کاربوہائیڈریٹس اور ساتھ ہی ضروری غیر نامیاتی نمکیات کی غذا پر حیوانات کو زندہ رکھنا غیر ممکن ہے۔ وہ مخصوص اشیا جن کا غذا میں موجود ہونا ضروری ہے، **معین غذائی اجزا** (accessory food factors) یا حیاتینوں (vitamins) کے نام سے موسوم کی جاتی ہیں۔

شحم حل پذیر الف (fat-soluble A)۔ مکھن، بالائی، گائے کے دودھ کاڈلیور آئل اور دوسری مچھلیوں کے تیلوں اور انڈے کی زردی سے یہ شے وافر مقدار میں حاصل ہوتی ہے۔ نیز یہ پودوں کے سبز پتوں، مثلاً سبز ترکاریوں اور بعض بیجوں کے جنینوں میں موجود ہوتی ہے۔ حقیقت یہ ہے کہ پودوں کا زرد لونی مادہ موسوم بہ کیروٹین (carrotin) اور یہ دونوں ایک ہی چیز ہیں۔ بعض نباتی شحوم اور روغنیات، جیسے کہ روغن زیتون، روغن تخم پنبہ (cotton seed oil)، کوکو بٹر (cocoa butter)، السی کے تیل، نیز شحم خنزیر (lard) (بالخصوص تیار کی ہوئی سؤر کی چربی (prepared pig fat) میں یہ شے بالکل نہیں ہوتی، اگرچہ یہ سوکھائے اور نمک لگائے ہوئے لحم خنزیر (bacon)، بھیڑ کے گوشت (mutton)، گائے کے گوشت کی چربی میں بہ افراط موجود ہوتی ہے۔ تیلوں کو ہائڈروجن کے عمل سے "سخت کرنے" میں یہ بالکل تلف ہو جاتی ہے، اس عمل سے خوردنی شحوم کی تیاری میں بکثرت کام لیا جاتا ہے۔ لیکن یہ شئے ایک یا دو گھنٹے تک ۱۰۰ درجہ سنٹی گریڈ تک گرم کئے جانے کی برداشت رکھتی ہے۔ دودھ کی چربی میں اس کی موجودگی ایک حد تک اس امر پر منحصر ہوتی ہے کہ گائے کی غذا میں اس کی اچھی مقدار دی جائے اور یہ شرط اس وقت پوری ہو جاتی ہے جب کہ سبز غذا بہ افراط بہم پہنچائی جاسکے۔ اگر غذا میں یہ حیاتین موجود نہ ہو تو سرایتیں بہ آسانی واقع ہو جاتی ہیں، بالخصوص غذائی اور تناسلی بولی خطوں میں (وہ اکثر مثانہ میں پتھری پیدا کرتی ہیں)، تجاویف الانف اور درمیانی گوش میں اور قاعدۂ زبان کے گرد، اور حیوانوں میں نظام عصبی کا مرض پایا گیا ہے۔ نیز شحمی بافت کا فقدان، عمومی حشائی ذبول، رمد خشک (xerophthalmia) (1) اور شب کوری (hemeralopia) بھی ہو جاتی ہے۔

یہ حیاتین دانتوں کے گرد نرم بافتوں کی بالیدگی میں مدد دیتی ہے۔

آب حل پذیر ب (water-soluble B)۔ حقیقت میں یہ شے حیاتینوں کا ایک گروہ ہے، جن میں سے حیاتین ب۱، جو کہ دافع التہاب العصب یا دافع بیری بیری عامل ہے، اور حیاتین ب۲، جو کہ پیلاگرا روکتی ہے، سربری اہمیت رکھتی ہیں۔ دونوں حیاتینیں بشتر یک جا پائی جاتی ہیں۔ چاول اور گیہوں کا نابتہ اس شے کا بڑا مخزن ہے، لیکن ان کے دانوں کے بیرونی غلاف میں جو بھوسی کہلاتا ہے اور اس کے بالکل نیچے کی الیوٹرن (aleurone) والی تہ میں بھی یہ شے موجود ہوتی ہے۔ انڈے کی زردی، بیل کے جگر، لبن اور دالوں میں
570 یہ بہ افراط موجود ہوتی ہے۔ لبن کی ایک تجارتی تجہیز، جس کا نام مارمائٹ (marmite) ہے، اور جو شوربہ کے لئے مستعمل ہے، اس شے کے حصول کا ایک سہولت بخش ذریعہ ہے۔ ب۱ ۱۰۰ درجہ سنٹی گریڈ پر رکھنے سے محض نہایت آہستہ آہستہ تلف ہوتی ہے، مگر ۱۲۰ درجہ سنٹی گریڈ پر بہت زیادہ جلد تلف ہوجاتی ہے۔ اسی واسطے روٹی یا بسکٹوں کو تنور میں پکانے سے اس کے ضائع ہوجانے کا زیادہ اندیشہ نہ کرنا چاہیئے۔ لیکن اس کے برعکس ٹین کے ڈبوں میں بند غذاؤں کو اس سے بالکل معرا سمجھنا چاہیئے۔ ب۲ نسبتۃً زیادہ قائم الحرارت ہوتی ہے۔ چاول کو مجلّے کرنے میں اس کا نابتہ اور دانے کا سارا بیرونی غلاف (گردبا = pericarp) دور ہوجاتا ہے لہٰذا دافع التہاب عصب جزو پورا ضائع ہوجاتا ہے۔ اگر نوعمر چوہوں کو مجلّے کیئے ہوئے چاولوں کی غذا دی جائے تو ان کی بالیدگی فی الفور موقوف ہوجاتی ہے، اور پچھلی ٹانگوں کی عدم ہم آہنگی پیدا ہو کر اب چوہے چل پھر نہیں سکتے۔ کبوتروں میں بھی کثیر عصبی التہاب (polyneuritis) پیدا ہوجاتا ہے اور یہ مرض بیری بیری سے مماثل سمجھا جاتا ہے۔ جب شدید علامات تجربۃً پیدا ہوگئے ہوں تو اس دافع التہاب عصب جزو کی کافی مقداریں دینے سے یہ علامات جلد بعض اوقات چند ہی گھنٹوں میں، دور کی جاسکتی ہیں۔ اس امر کی شہادت بھی موجود ہے کہ حیاتین ب۱ کی کمی سے غذائی قنال کی لمف آسا بافتوں کا ذبول اور ساتھ ہی رکود، اتساع اور عدم دمویت واقع ہوجاتی ہے۔

حیاتین ج (vitamin C) (دافع اسکروی =antiscorbutic)۔
یہ آب حل پذیر حیاتین اب خالص حالت میں تیار کی گئی ہے یعنی اسے سکاربک ایسڈ کے طور پر۔ اس کا سب سے بڑا منبع پیپریکا (paprika) ہے، لیکن کرم کلہ کے کچے پتوں، کچے سوبڈی شلجم (swede) کے رس، اور تازہ لیمو اور سنگترہ کے رس میں اس کی کثیر مقدار ہوتی ہے۔ دوسری چیزوں، مثلاً گاجر، چقندر، آلو، پیاز، انگور، سیب، دودھ اور تازہ گوشت میں اس کی مقابلتہً کم مقداریں موجود ہوتی ہیں، اور آٹے، انڈوں اور خشک دالوں میں یہ شئے بالکل نہیں ہوتی۔ لیکن اگر خشک دالوں، مثلاً مسور، مٹر اور لوبیے کو پانی میں بھگو کر دو تین دن تک اُگنے دیا جائے تو اُن میں دافع اسکروی خواص پیدا ہوجاتے ہیں۔ یہ حیاتین خشک کرنے سے اور بلند تپش سے بہت جلد متاثر ہوجاتی ہے۔ خشک کردہ غذائی اشیاء سے اسکروی کا حفظ ماتقدم نہیں ہوتا، اور اگر کرم کلہ کو پانی میں ایک گھنٹہ تک جوش دیا جائے تو اس کی ۹۰ فی صدی طاقت ضایع ہوجاتی ہے، اور اگر قلی موجود ہو تو یہ نقصان اور بھی جلد واقع ہوجاتا ہے۔ اسی واسطے سبزیوں کو ۲۰ منٹ سے زیادہ نہیں پکانا چاہیے اور اُن میں سوڈا نہیں ملانا چاہیے۔ لیمو کے خشک کردہ رس کے قرص، جو شکر اور گوند کتیرا (tragacanth) کے ساتھ بنائے گئے ہوں اگر ٹھنڈے رکھے جائیں تو ایک سال تک اپنی فعالیت قائم رکھتے ہیں۔

حیاتین د (vitamin D)(دافع کساحت =antirachitic)۔
حیاتین د شحم حل پذیر ہے اور کاڈلیور آئل اور ہیلی بٹ آئیل (halibut oil) کے اندر شحم حل پذیر الف کے ساتھ موجود ہوتی ہے۔ گائے کے دودھ میں، جس میں شحم حل پذیر الف بہ افراط ہوتی ہے، حیاتین د کی بہت کم مقدار موجود ہوتی ہے۔ لیکن وہ بلند کیلشیم مافیہا کے باعث طاقتور دافع کساحت خواص رکھتا ہے۔ یہ پایا گیا ہے کہ بعض اسٹیرولس (sterols) میں [بالخصوص اُرگو اسٹیرول (ergosterol) میں جو اَرگٹ، لہن وغیرہ میں ہوتا ہے، اور فائٹو اسٹیرول (phytosterol) میں جو گیہوں اور سبزیوں میں ہوتا ہے] ماورائے بنفشی روشنی سے تشعیع کرنے کے بعد دافع کساحت خواص نمو یاب ہوجاتے ہیں۔ خالص حیاتین د یعنی کیلسی فیرال

(calciferol) تشعیع کردہ ارگواسٹیرول سے تیار کی جاتی ہے۔ غالباً یہ ضروری اسٹیرول (essential sterol) جلد میں طبعی طور پر موجود ہوتا ہے، اور جب بچے، ماں یا گائے کو سورج کی روشنی میں منکشف کیا جاتا ہے تو حیاتین د بن جاتی ہے۔ شمسی غسل کے فائدہ مند ہونے کی یہی وجہ ہے۔

حیاتین ر شحم حل پذیر ہے۔ یہ چوہوں اور چوہیوں (mice) میں تولید کے لئے ضروری سمجھی گئی ہے۔

بیری بیری

(BERI-BERI)

(ککی = Kakke، کثیرالعصبی التہاب مقامی = polyneuritis endemica، مرطوبی استسقا = hydrops asthmaticus)

یہ ایک مقامی مرض ہے، جس کا تمثیلی خاصہ محیطی اعصاب اور عصب تائہ کا التہاب ہے، جو مختلف درجوں کا شلل، عدم حسیت، اتساع قلب اور استسقا پیدا کر دیتا ہے۔ یہ غذا میں حیاتین ب۱ (vitamin B_1) کی غیر موجودگی کی وجہ سے ہوتا ہے۔ کئی ایک مختلف سریری اقسام پائے جاتے ہیں۔

بحث اسباب۔ یہ جاپان، چین، ملایا اور جزائر فلپائن میں خاص کر چاول کھانے والی آبادیوں میں دیکھا گیا ہے۔ لیکن یہ ایسے ہر مقام پر ہو سکتا ہے، جہاں بیشتر اناجوں کی غذا کھائی جائے بشرطیکہ ان کی تیاری میں نابتہ اور بیرونی غلاف الگ کر دیا گیا ہو۔ مثلاً سالم چاول کا چھلکا، گرد بار، اور نابتہ حیاتین ب سے معمور ہوتا ہے اور اس کے علاوہ پروٹین، شحم اور فاسفورس سے بھی، اور آسیاکاری (milling) کے عمل کے دوران میں یہ سب الگ ہو کر سفید مجلّے چاول باقی رہ جاتے ہیں جن میں ان اجزا کی قلت ہوتی ہے۔ بیری بیری بسا اوقات ملاحوں میں بحری جہازوں پر دیکھی جاتی ہے، جہاں چھنے ہوئے آٹے کے بسکٹ اور ٹین بند غذا بیشتر کھائی جاتی ہے۔ یہ نیوفاؤنڈلینڈ اور لبریڈور میں بھی درج کی گئی ہے جہاں کی آبادی سرما

اور گرما میں زیادہ تر چھنے ہوئے آٹے کی روٹی پر بسر اوقات کرتی ہے ۔ محاصرہ قطالعمارہ (Kut) کے دوران میں برطانوی سپاہ میں اُس وقت جب کہ وہ بالخصوص گیہوں کے آٹے پر بسر کرتے تھے اس مرض کا ایک تعجب انگیز حملہ ہوگیا' لیکن جب انھیں جَو کا آٹا یا پورے گیہوں کا موٹا پسا ہوا آٹا (جس کو ہندوستانی سپاہی استعمال کرتے تھے) دیا گیا تو مرض غائب ہوگیا ۔ (اس کے برعکس ہندوستانی سپاہ میں داء الحفر (اسکروی) نمودار ہوگیا' جس سے برطانوی سپاہ محفوظ رہی) اس کی وجہ یہ تھی کہ برطانوی سپاہ کو گھوڑے کے تازہ گوشت کی غذا زیادہ مقدار میں ملتی تھی' جسے ہندوستانی سپاہ نہیں کھاتی تھی) انگلستان میں بھی لازماً چھنے ہوئے آٹے کی روٹی زیادہ کھائی جاتی ہے مگر وہاں بقیہ غذا میں معین عامل کی کافی مقدار موجود ہوتی ہے' لہٰذا یہ مرض نہیں پیدا ہوتا ۔ یہ امر قابل لحاظ ہے کہ ورزش بھی بیری بیری میں مبتلا ہونے کے رجحان کو کم کرتی ہے (4)۔

امراضیات ۔ اُذیما اور استسقاء کلّی کے علاوہ جو دورانِ زندگی میں دیکھے جاتے ہیں' کدمات مصلی اغشیہ کے نیچے' عضلات میں' اور اعصاب کی پوششوں میں دیکھے جاتے ہیں ۔ اتساع اور بیش پرورش خاص طور پر قلب کی دائیں جانب میں واقع ہوتے ہیں' اور اس کی عضلی دیواروں کا اذیما اور شحمی انحطاط واقع ہوتا ہے ۔ پھیپھڑے اکثر محتقن اور اذیمائی ہوجاتے ہیں' اور جگر اور گردے ممتلی ہوتے ہیں ۔ محیطی اعصاب کا ولیرائی انحطاط (Wallerian degeneration) واقع ہوتا ہے' نیز محوری انحطاط بھی' اور اس کے ساتھ ہی درونِ عصبیہ اور گرد عصبیہ میں خلوی دررریزش واقع ہوتی ہے ۔ عصب تائہ اور عصب مشارکی میں بھی انحطاطی تغیرات واقع ہوسکتے ہیں' نیز مقدمی قرنی خلیات میں اور عصب تائہ کے نواتی تعلقات میں ۔

یہ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ (5) عضلۂ قلب کا ورم سیال جذب کرنے کی وجہ سے ہوتا ہے اور اس سے میکانیہ ضرب قلب میں تبدیلی ہوئے بغیر' قلب کی انقباض پذیری کم ہوجاتی ہے' جیسا کہ برقی قلب نگار سے معلوم ہوتا ہے ۔ کالبدی عضلات جنھیں طبعی حالت میں جسم کا سب سے بڑا خزینۂ آب سمجھا جاسکتا ہے' اور اعصاب اور بعض غدد حد سے زائد سیال جذب کرتے ہیں' اور بعض لوگ یہ سمجھتے ہیں کہ تمام علامات اور وہ عمومی خزبول جو بعد میں واقع ہوجاتا ہے اسی عمل کا نتیجہ ہیں ۔

علامات ۔ "مجلّے کئے ہوئے" چانول کی خوراک پر یہ مرض اسی یا نوے دنوں میں نمویاب ہوتا ہے' اور امارات اور علامات زیادہ تر کثیر عصبی التہاب (multiple neuritis) کے ہوتے ہیں۔ (ملاحظہ ہو صفحہ 651)۔ لیکن بعض قلبی خصائص بھی متزاد ہوتے ہیں جن میں بہر ٹانگوں کا اُذیما اور استسقائے کلّی شامل ہیں ۔ مگر بالعموم غیر محسوس ہوتا ہے' الا شاید ابتدائی درجوں میں' اور ممکن ہے اس کے ساتھ شراسیفی بے آرامی' متلی اور قے کی مانند معائی امارات پائی جائیں۔ کئی ایک مختلف سریری قسمیں پائی جاتی ہیں۔

(۱) خفیف انتقالی اصابتیں جن میں فسادات حسی' قطعہ دار عدم حسیت اور گھٹے ہوئے وتری منعکسات پائے جاتے ہیں۔ مناسب غذا پر مریض بہ آسانی صحت یاب ہو جاتے ہیں۔

(۲) معمولی بیری بیری' جس کی دو قسمیں ہیں۔ (ا) تر' (ب) خشک۔ آغاز بالعموم غیر محسوس طور پر ہوتا ہے' لیکن ممکن ہے تقریباً دفعتہً ہو۔ اس کا ممیزہ خاصہ جوارح میں بھاری پن' کمزوری اور سن پن ہے' جس کے ساتھ پنڈلیوں میں درد اور نڈھال پن کی ایک عام حالت پائی جاتی ہے۔ خشک قسم میں جیسے جیسے مرض نمویاب ہوتا ہے' طاقت کی کمی اور عضلی ذبول زیادہ ہوتے جاتے ہیں' اور یہ ٹانگ کے سامنے کے عضلاتِ باسطہ میں شروع ہو کر پھر دوسرے عضلات کو اور ران کے عضلات کو ماؤف کر دیتے ہیں۔ بعد میں ہاتھ کے عضلات باسطہ' ذوراسین عضلات' اور بعض اوقات عضلاتِ شکم' ڈایافرام اور بین الاضلاع عضلات بھی ماؤف ہو جاتے ہیں۔ بلند گامی چال اور سقوط الید بسا اوقات پیدا ہو جاتے ہیں ۔ ٹانگوں کی کمزوری ابتداءِ مرض میں اکڑو نشست کے امتحان سے ظاہر ہو سکتی ہے:۔ اس کو انجام دینے کا طریقہ یہ ہے کہ مریض اپنے گھٹنے ایک دوسرے سے جدا رکھ کر اور سرِ پنجوں کو زمین سے چند انچ اٹھا ہوا رکھ کر اکڑو نشست اختیار کرتا ہے۔ بیری بیری کا مریض خود کو اس وضع سے اوپر نہیں اٹھا سکتا' اور بالعموم وہ رانوں پر ہاتھ رکھ کر اٹھنے کی کوشش کرتا ہے اسیطرح جس طرح کہ کوئی کاذب بیش پرورشی شلل کا مریض۔ گھٹنے کے جھٹکے (knee-jerks) جو کہ ابتداءً بیش حساس ہوتے ہیں عموماً جلد ہی زائل

ہو جاتے ہیں اور اس کے بعد اَخیلی (Achilles) کا جھٹکا اور دوسرے عمیق معکوسات غائب ہو جاتے ہیں ۔ عدم حسیت ابتداءً مرض میں قصبیہ پر کی جلد میں دیکھی جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ یہ جوارح کے دوسرے حصوں اور دھڑ میں پھیل جائے۔ عضلات کی الیمیت بالخصوص پنڈلیوں کے عضلات کی، اور دردناک اَینٹھن بھی ہوتی ہے، اسی طرح جس طرح کہ دوسرے اسباب سے پیدا ہونے والے کثیر عصبی التہاب میں اکثر ہوا کرتی ہے ۔ اور حنجری شلل (laryngeal paralysis) واقع ہو جاتا ہے اور اس کے ساتھ ہی عسر البلع (نگلنے کی دقت) بھی ہوتا ہے ۔

572 قلب کی خراش پذیری بسا اوقات پیدا ہو جاتی ہے، اور کسی وقت بھی تو قسم نمویاب ہو سکتی ہے ۔ تو قسم کے ہمراہ محیطی اعصاب کے ماؤف ہونے کی کچھ نہ کچھ شہادت پائی جاتی ہے، اور اس پر مختلف درجوں کا زیر جلدی اذیما مستزاد ہو جاتا ہے، جو کہ پہلے قصبیات کو ماؤف کرتا اور بعد میں دوسری جگہ پھیل جاتا ہے ۔ عمومی استقاء پلورائی، باریطونی اور تاموری کہفوں میں انصبابات کے ہمراہ نمودار ہو جاتا ہے ۔ بُہر اور سرعت قلب پیدا ہو جاتی ہے، اور سریع، پست تناؤ کی نبض پائی جاتی ہے ۔ سریری لحاظ سے دایاں قلب متسع ہوتا ہے، اور انکماشی خریرات، ایک بلند اور متضاعف ریوی دوسری آواز کے ہمراہ پائے جاتے ہیں ۔ جنین قلبی غیر عام نہیں ہے ۔ پیشاب میں البیومن بالکل نہیں ہوتا یا بہت کم ہوتا ہے، اور پیشاب سبائنگ سے مبرا ہوتا ہے ۔

(۳) حاد قلبی قسم ۔ یہ تر یا خشک بیری بیری کے دوران میں نمویاب ہو سکتی ہے، یا خصوصیات مندرجہ کے بغیر دفعتہً شروع ہو سکتی ہے ۔ عام طور پر انخفاض کا احساس، شراسیفی درد اور متلی ہونے کے بعد اختلاج، پیش قلبی درد، بُہر اور امتلائی فشل کی امارات نمودار ہوتی ہیں، جس کے ہمراہ محتقن عنقی وریدیں، زراق، ریوی امتلاء، الیم بڑھا ہوا جگر، زیر جلدی اذیما، اور عمومی استسقار پایا جاتا ہے ۔ بے صوتی اور ڈایافرام کا شلل واقع ہو سکتا ہے اور چند گھنٹے سے لے کر چند دن تک میں موت واقع ہو جاتی ہے ۔

(۴) رضیعی بیری بیری، جو کہ حاد یا مزمن شکلیں اختیار کر سکتی ہے، جاپان اور

جو ذائر فلپائن میں ایسے پستان پرورده بچوں میں ہوتی ہے جن کی مائیں خفی یا فعال بیری بیری میں مبتلا ہوں۔ معدی معائی علامات قے، اسہال یا قبض عام ہوتے ہیں اور ان کے علاوہ قلبی خصوصیات بھی۔ نخالۂ ارز (rice-polishings) کا خلاصہ دینے سے اور پستانی رضاعت کی بجائے مصنوعی رضاعت سے کام لینے سے بالعموم شفا ہوجاتی ہے۔

تشخیص۔ غذا کی نوعیت اور التہاب اعصاب محیطی کی متعدد واردات میں ہونے سے بیری بیری کا شبہ پیدا ہونا چاہیئے، بالخصوص مشرقی لوگوں میں۔ متر بیری بیری کو التہاب الکلیہ، کج دہنی (ankylostomiasis) اور قلبی فشل سے متفرق کرنا چاہیئے، اور خشک قسم کو الکحلی اور سم الفاری التہاب العصب اور دیگر عصبی امراض سے۔

انذار۔ زیادہ معمولی اصابت ایک ماہ سے لے کر سال یا زیادہ تک جاری رہتی ہے، اور مناسب علاج کے باوجود صحت یابی بسا اوقات نہایت ہی آہستہ ہوتی ہے۔ خطرہ سریع قلبی فشل میں ہے، اور قے کے بعد بعض اوقات مہلک خستگی واقع ہوجاتی ہے۔ ویڈر (Vedder) نے ۱۹۱۳ء میں اندازہ لگایا کہ اوسط شرح اموات ۵ فیصدی ہے۔ لیکن مندرجہ وباؤں میں سے بعض میں یہ اس سے بلند تر تھی۔

علاج۔ یہ اہم ہے کہ جہاں ٹین بند غذائیں، مجلّے چاول اور چھنے ہوئے آٹے کی روٹی زیادہ تر کھائے جاتے ہیں، وہاں غذا کو انڈوں، لہن (yeast) یا مارمائیٹ (marmite) کے ذریعہ تقویت دی جائے، جن میں حیاتین ب کا بلند مافیہ ہوتا ہے، یا غذا بدل دی جائے اور قلیل التجلیہ چاول یا بے چھنا ہوا گیہوں کا آٹا استعمال کیا جائے۔

جب مرض ایک مرتبہ نمویاب ہوگیا ہو، تو مریض کو بستر پر لٹا دینا چاہیئے اور وہاں سختی سے لٹائے رکھنا چاہیئے۔ چھوٹی چھوٹی خوراکیں پہلے پہل ہر دو گھنٹہ کے وقفہ سے دیجاتی ہیں، ایسی غذا کی جو خشک اور کاربوائڈریٹ کی قلیل مقدار پر مشتمل ہوتی ہے، اور جس میں انڈے، دودھ، جگر، لہن یا مارمائٹ ہوتا ہے۔ قلبی فشل میں فصد اور موسع العروق ادویہ واضح طور پر مفید ہیں، اور ملحات کے ذریعہ قبض کو دور رکھنا چاہیئے

حاد مرحلہ کے دوران میں تقبضات سے بچنا چاہیئے، اور بعد ازاں دلک اور برقی علاج، مذبول عضلات کو بحال کرنے میں مفید ثابت ہوتے ہیں۔ اس مرحلہ پر ایک تلخ مقوی اور سٹرکنیا کا آمیزہ کھانے سے پہلے استعمال کر سکتے ہیں۔

وبائی استسقاء

(EPIDEMIC DROPSY)

یہ ایک تغذیتی مرض ہے جو کہ وبائی شکل میں چاول کھانے والوں میں واقع ہوتا ہے، اور جس کا ممیز خاصہ بخار، وسیع طور پر پھیلا ہوا اذیما، قلبی اختلالات اور بعض اوقات احمراری ثوران ہے جو جوارح کو ماؤف کرتا ہے۔ التہاب الاعصاب بہت سی وباؤں میں مفقود ہوتا ہے۔ یہ دورانِ جنگ میں مرکزی سلطنتوں میں "اذیمائے گرسنگی" یا "اذیمائے جنگ" کی حیثیت سے وسیع طور پر پیدا ہو گیا۔

بحث اسباب۔ یہ مرض بنگال میں برسات کے موسم میں ہوتا ہے، اور دونوں صنفوں کو متاثر کرتا اور تیسرے عشرے میں خصوصیت کے ساتھ عام ہوتا ہے۔ چاول کھانے والے بہت سے لوگ (خاص طور پر وہ جو کہ اسے نیم جوش کھاتے ہیں)
573 بسا اوقات ہم زماں طور پر مبتلا ہو جاتے ہیں۔ بعض لوگ اس مرض کو خراب طور پر مذخود رکھے ہوئے چاولوں کی اس تحلیل کی طرف منسوب کرتے ہیں، جو کہ بلند مرطوبیت رکھنے والے موسم برسات میں واقع ہو جاتی ہے۔ دوسرے لوگوں کی یہ رائے ہے کہ چونکہ اس کو تر یا قلبی بیری بیری سے متفرق کرنے کا کوئی قابل اعتماد ذریعہ نہیں ہے، لہٰذا اس کو اسی مرض کی ایک خاص شکل تصور کرنا چاہیئے۔

علامات۔ یہ تر بیری بیری کی علامات سے نہایت ہی مشابہ ہوتے ہیں، چنانچہ عمومی اذیما اور قلبی اتساع، بڑھے ہوئے جگر اور ریوی امتلاء کے ساتھ، ممیز خصوصیات ہیں۔ التہاب اعصاب محیطی حالیہ وباؤں میں مشاہدہ نہیں کیا گیا، اگرچہ پاؤں کو ماؤف کرنے والی نملیت کی شکایتیں سنی جاتی ہیں۔ تپ موجود ہوتی ہے، جس کے ہمراہ بسا اوقات عدم دمویت اور بعض اوقات کثرت خلیات ابیض پائی جاتی ہے، اور

ممکن ہے ایک احمراری ثوران جوارح کو ماؤف کرے۔ اسہال غیر عام نہیں ہے، اور بے ترشگی (achlorhydria) کی بھی اطلاع دی گئی ہے۔ آنکھ کی تکلیف، بالخصوص سبز موتیا (glaucoma)، اکثر پائی جاتی ہے۔

علاج ۔ یہ تو بیری بیری کے علاج کے مماثل ہے، اور دائیں قلب کے فشل کے لئے فصد کی ضرورت ہوسکتی ہے۔

پیلاگرا

(PELLAGRA)

[مرض الورد (Mal de la Rosa) مرض الشمس (Mal de sole)]

پیلاگرا ناقص تغذیہ کا مرض ہے، اور یہ بالعموم مکئی کھانے والوں میں پیدا ہوتا ہے، جن کی غذا میں حیاتین ب، کی، اور "عمدہ" پروٹین کی قلت ہو۔ سریری طور پر اس کی خصوصیات یہ ہیں:۔ ان رقبہ جات میں جو کہ سورج کی شعاعوں میں منکشف ہوتے ہیں جلد کا متشاکل احمرار اور لونیت، غذائی قنال کے اختلالات بشمول الیم زبان اور اسہال کے، اور عصبی اور طبیعی علامات جو کہ بسا اوقات عتاہت پر ختم ہوتی ہیں۔

پیلاگرا [جلد + خشونت ۔ یا جلد + نقرس جیسا کہ پوڈاگرا میں] پہلے پہل اطالیہ میں (۱۷۷۱ء میں)، ہسپانیہ میں (۱۷۳۵ء میں) اور فرانس میں (۱۸۱۸ء میں) بیان کیا گیا۔ اور زیادہ قریبی زمانہ میں رومانیہ، ہنگری، کارفو (Corfu)، زیرین مصر، ترکیہ، سوداں اور افریقہ کے دوسرے حصوں، جنوبی ریاست ہائے متحدہ، برازیل، ارجنٹائن، جزائر غرب الہند، میکسیکو، ہندوستان، چین اور جاپان میں اس کی اطلاع دی گئی ہے۔ ہر نسل، صنف اور عمر کے لوگ متاثر ہوسکتے ہیں، لیکن بالغ عورتیں سب سے زیادہ متاثر ہوتی ہیں۔ یہ مفلس تر جماعتوں میں، اور بالخصوص مکئی کھانے والوں میں واقع ہوتا ہے، اور ممکن ہے مکئی سے بنی ہوئی الکحل بکثرت پینے کے بعد پیدا ہوجائے۔ انگلستان میں اس کا ہونا معلوم ہے (14)۔

کاسل (Casal) نے ۱۷۳۵ء میں شناخت کر لیا کہ یہ مرض ناقص تغذیہ کے

باعث ہوتا ہے، اور فنک (Funk) نے بیری بیری سے اس کی مشابہت بتلائی اور قلت حیاتین کا خیال سمجھایا۔ اس مرض کے متعلق یہ بھی تصور کیا گیا ہے (18) کہ یہ امینو ایسڈ کی قلت کے باعث ہوتا ہے، کیونکہ زئین (zein) یعنی مکئی کے پروٹین میں ٹائروسین اور ٹرپٹوفین کی کمی ہوتی ہے۔ بالعموم اب اس کو حیاتین ب۲ (جو ملاحظہ ہو) کی قلت کی طرف منسوب کیا جاتا ہے۔ مکئی کے سم کا نظریہ حال ہی میں منظر عام پر آیا ہے۔ وہ یہ ہے کہ پیلاگرا ایک سمی شئے کا نتیجہ ہے جو کہ مکئی کی غذا سے حاصل ہوتی ہے، اور "عمدہ" پروٹین کی یا شاید حیاتین ب۲ کی جو کہ "عمدہ" پروٹین کے ہمراہ پائی جاتی ہے، کافی مقدار دے کر اس غذا کو درست کیا جا سکتا ہے۔ ثانوی پیلاگرا بعض غذائی امراض مثلاً ہضمی قرحہ یا معدی سرطان کی ایک شاذ پیچیدگی ہے۔ یہاں ممکن ہے حیاتین ب۲ کا ناقص انجذاب اور غذائی قلت اس کی پیدائش میں کچھ حصہ لیں۔

امراضیات۔ جلد احمرار لونیت، اور بعد ازاں صادق تسلخی التہاب الجلد (exfoliative dermatitis) ظاہر کرتی ہے، نیز نخول نمایاں ہوتا ہے اور احشاء مذبول ہوتے ہیں۔ قلب چھوٹا ہوتا ہے۔ التہابِ زبان معہ تقرح کے اور بعد از زبان کا ذبول پایا جاتا ہے۔ معاء صغیر میں ذبولی اور تقرحی تغیرات اور قولون میں تقرح بیان کیا گیا ہے۔ عظمی مسامیت معہ عظمی تغیرات کے گاہے گاہے ہوتی ہے۔ سب سے زیادہ ممیز اضرار حبل شوکی میں ہوتے ہیں اور وہ یہ ہیں کہ خلفی اور جانبی ستونوں اور بالخصوص کلارک (Clarke) کے ستون میں صلابت یا انحطاط واقع ہو جاتا ہے۔ آخر الذکر عنقی اور بالائی ظہری خطے میں اور اول الذکر وسطی یا زیریں ظہری خطے میں سب سے زیادہ متاثر ہوتے ہیں۔ گرد عروقی فضاؤں میں گول خلیات کی دررسش اور عصبی عناصر کی لونیت اور انحطاط پایا جاتا ہے۔ ممکن ہے منتشر التہاب سحائے خفیف، سحایا کی دبازت اور انضمامات، دماغی ذبول اور بطینوں کا استسقاء موجود ہو۔

علامات۔ ایک قبل پیلاگرائی حالت، جس کا امتیازی خاصہ نہاکت، پست فشار دموی، عدم اشتہا اور ذہنی انخفاض ہوتا ہے، سالانہ چند سال تک نمودار ہوتی رہتی ہے، قبل اس کے کہ صریح پیلاگرا نمودار ہو۔ غذائی خطہ کے

اختلالات موسم بہار کے شروع میں نمودار ہوتے ہیں، ممکن ہے التہاب الفم اور حاد التہاب زبان (چقندر نما زبان = beet tongue) ہو اور اس کے ساتھ فلاعی تقرح سرحلمہ کا جھڑ جانا، اور بالآخر ذبول اور لسانی حلیموں کا فقدان پایا جائے۔ بے ترشگی بالعموم پائی جاتی ہے، اور شدید غیر شحمی اسہال، قولنجی درد اور تاسیر کے ساتھ ممکن ہے کئی ماہ تک آتے رہیں۔ عدم دمویت، اگر موجود ہو، تو بالعموم ثانوی ہوتی ہے اور لونی اشاریہ پست ہوتا ہے، لیکن گاہے گاہے کبیر خلوی عدم دمویت کی مثالیں درج کی گئی ہیں۔ دموی فشار پست ہوتا ہے، اور اس کے ہمراہ آلکسی اور گاہے گاہے دوار کے حملے پائے جاتے ہیں۔ ادمی اضرار ابتدائے موسم گرما میں نمودار ہوتے ہیں اور موسم خزاں میں غائب ہو جاتے ہیں۔ ثوران کا ممیز خاصہ اس کا تشاکل، اس کا واضح طور پر متمیز کنارہ، اور ان رقبوں پر اس کی توزیع ہے جو کہ سورج کی شعاعوں کے سامنے منکشف رہتے ہیں۔ چہرہ، گردن، سینہ کا بالائی حصہ، ہاتھوں اور پیش بازوؤں کی پشت، پاؤں کا ظہریہ اور ظہر القدم (instep) اور ٹانگیں طفح کا عام محل وقوع ہیں، جو کہ احمرار کے طور پر شروع ہوتا ہے (حرقۃ الشمس کے مانند) جس کے ساتھ کھجلی اور جلن ہوتی ہے، اور جس میں تنفط پایا جاتا ہے۔ تقریباً ۲ ہفتہ کے بعد براد مہ خاکستری یا بھوری پپڑیوں کی صورت میں جھڑ جاتا ہے۔ مکرر حملوں کے بعد ادمہ کی لونیت اور دبازت واقع ہو جاتی ہے۔ بالآخر ذبول واقع ہو جاتا ہے، اور جلد پتلی، خشک اور جھری دار ہو جاتی ہے۔ عصبی مظاہر، تحت الحاد مخلوط انحطاط (subacute combined degeneration) کے مظاہر سے مشابہت رکھتے ہیں، اور پشت میں درد، ظہری اور قطنی شوکوں کی الیمیت، رکبی جھٹکوں کی زیادتی (۷۰ فی صدی)، چال میں کمزوری اور اکڑ پر مشتمل ہوتے ہیں، اور بالآخر یا فالج کے ساتھ بالائی حرکی عصبیہ کے ضرر کی امارات پر۔ بعد ازاں مثانی اور مستقیمی اقتدار زائل ہو جاتا ہے، اور ممکن ہے رخو شلل نمودار ہو جائے۔ حسی اختلالات، اور ان کے ساتھ فسادات حس، زبان اور جوارح اور سر کو متاثر کرنے والے رعشے، اور کنع حرکات غیر عام نہیں ہیں۔ ذہنی خصوصیات میں پستی، ملال، ذہول، نسیان، بے خوابی، بے چینی، اور چڑچڑاپن پہلے دیکھے جاتے ہیں، اور بعد ازاں اختباطات اور توہمات کئی سال مکرر حملے ہونے کے بعد

لیخولیا، مانیا، اور عتاہت پیدا ہو جاتی ہے
بچوں کا نشو و نما رک جاتا ہے، لیکن عصبیاتی مظہرات اُن میں اس قدر عام نہیں ہیں۔

تشخیص۔ جہاں سریری تصویر پورے طور پر نمو یاب ہو بہت کم وقت پیش آتی ہے کیونکہ جلدی اضرار نہایت ہی ممیز ہوتے ہیں۔ تاہم ان کی عدم موجودگی میں، ممکن ہے تفریقی تشخیص میں ہزال نخاع اور نخاع کے تحت الحاد مخلوط انحطاط پر غور کرنا پڑے۔ نیز ان اصابتوں میں کہ جن میں غذائی خطہ کے علامات نمایاں ہوتے ہیں، ممکن ہے اس حالت کو اسپرو (sprue) کے ساتھ خلط ملط کر دیا جائے۔ جب جلدی توران تنہا موجود ہو تو کثیر الاشکال احمرار (erythema multiforme) اور التہاب الجلد مخدشی (dermatitis venenata) کو متفرق کرنا پڑتا ہے۔

انذار۔ اس مرض کا امتیازی خاصہ فترات ہیں اور ایک مزمن غیر حموی ممرجو کہ بیس سال تک جاتا ہے۔ بخار نہایت ہی تشویشناک انذاری اہمیت رکھتا ہے۔ تقریباً ۴ فی صدی مریضوں میں شدید ذہنی شکایت پیدا ہو جاتی ہے، اور مصر جیسے ملکوں میں کہ جہاں مرض مقامی ہوتا ہے، بہت سے مریض پاگل خانوں میں مرتے ہیں۔

علاج۔ ناقص غذاؤں کو ایسی غذا سے تقویت دے کر کہ جس میں حیاتین ب۲ کی کثرت ہو، مرض کو روکا جا سکتا ہے۔ جب مظہرات ایک مرتبہ نمو یاب ہو جائیں، تو مریض کو بستر پر لٹا کر ایک ایسی مغذی غذا دینی چاہیے، جس میں کاربو ہائڈریٹ کم ہوں، اور جو دودھ، بے چربی کے لال چھلے ہوئے گوشت (½ پونڈ)، ٹماٹر کے رس (ایک اونس روزانہ)، لہن بوزہ گراں یا مارمائٹ (marmite) اور پھل اور سبزیوں پر مشتمل ہو۔ ایسڈ ہائڈروکلورک ڈل کھانے کے بعد ½۔اڈرام ۴-۶ اونس پانی میں دینا مفید ہے۔ اس نظام غذائی کے تحت صحت یابی ۶ سے لیکر ۱۲ ہفتے میں ہو جاتی ہے لیکن اگر نکس سے بچنا ہے تو غذا کی پروٹین اور حیاتین ب۲ احتیاجات مستقل طور پر کافی ہونی چاہئیں۔

داء الحفر

(SCURVY)

اسقربوط (scorbutus)

داء الحفر کا ممیز خاصہ خون کا ایک نمایاں تغیر ہے، جس سے جلد کے نیچے اور جسم کے دوسرے حصوں میں نزفات واقع ہو جاتے ہیں، متاثرہ حصوں کی حالت اسفنجی ہو جاتی ہے، اور عدم دمویت اور انبطاح پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ مرض غذا میں حیاتین ج یعنی ایسکاربک ایسڈ (asorbic acid)، کی عدم موجودگی سے پیدا ہوتا ہے۔
575

بحث اسباب۔ یہ مرض دونوں صنفوں اور ہر عمر میں ہو سکتا ہے۔ یہ بار بار ایسے حالات میں پیدا ہو گیا ہے جن میں غذا کے اندر سبزیوں اور تازہ گوشت کی مقدار کم کرنی پڑی ہے۔ چنانچہ گذشتہ زمانہ میں یہ مرض لمبے بحری سفر پر جانے والے ملاحوں کے لئے ایک مصیبت عظمیٰ بنا رہا ہے اور اسی وجہ سے اسے اکثر اوقات بحری داء الحفر کے نام سے یاد کیا جاتا ہے، اگرچہ اب یہ نام اسے دوسری قسموں سے تفریق نہیں کرتا۔ اور اسی سے افواج اور افراد کے دوسرے بڑے مجمع جیسے کہ محبوسوں میں رہنے والے، بلکہ بعض اوقات شفاخانوں میں رہنے والے اشخاص بھی شدید طور پر ماؤف ہو گئے ہیں۔ کبھی کبھی اُن لوگوں میں بھی یہ مرض ہو گیا ہے جن کو سبزیاں میسر ہو سکتی تھیں مگر انھوں نے کسی وجہ، مثلاً افلاس، سوء ہضم کی شکایتوں یا غلط خیالات کے باعث، عادتاً اُن کے استعمال سے پرہیز کیا۔

مرضی تشریح۔ داء الحفر کی مہلک اصابتوں میں وہی اضرار پائے جاتے ہیں جو دوران زندگی میں زیادہ تر نمایاں تھے، مثلاً جلد میں نزفات اور وتر عریضی غلافوں میں اور گرد عظم کے نیچے خون کے انصبابات، اور شیرخواروں میں برنامیات کی علٰحدگی۔ کبھی کبھی دماغ کی سطح پر یا جرم کے اندر نزف واقع ہو گیا ہے۔ بارہا پلیورائی کہفوں اور تامور میں خون آلود مصل موجود ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ شش مصل یا خون سے محتقن ہو، بلکہ بعض اوقات وہ گنگرینی بھی ہوتا ہے۔ عضلۂ قلب میں، تامور میں،

یا معدے اور آنت کی غشائے مخاطی کے اندر نزفات واقع ہو سکتے ہیں۔ یہ آخر الذکر خراشیدگی یا تقرح پیدا کر سکتے ہیں۔ جگر اور طحال اکثر بڑھے ہوئے، بہت ممتلی، نرم اور خستہ ہوتے ہیں۔ اور شدید اصابتوں میں حاد التہاب گردہ کا ہونا بیان کیا گیا ہے۔

علامات ۔ یہ مرض عموماً غیر محسوس طور پر پیدا ہو جاتا ہے، اور اس کے نمو کیلئے چار سے آٹھ ماہ تک درکار ہوتے ہیں۔ مریض کا رنگ پھیکا پڑ جاتا ہے، اور وہ کمزور، نڈھال، غنودہ، یا بے پروا ہو جاتا ہے، اور کوکھ میں یا جوارح میں درد پراں کی شکایت کرتا ہے۔ کچھ عرصہ (ممکن ہے کہ ایک ہفتہ یا زائد) کے بعد جوارح زیریں اور جسم کے دوسرے حصوں کی جلد پر نشانات نمودار ہو جاتے ہیں، اور بالعموم ہر نزف بال کے قاعدے کے گرد واقع ہوتا ہے۔ یہ دھبے چھوٹے چھوٹے، سرخ، یا سرخی مائل بھورے ہوتے ہیں، اور سطح سے اوپر اُٹھے ہوئے نہیں ہوتے۔ بعض دوسرے دھبے ایسے نمودار ہوتے ہیں جو کم و بیش اُن کوفتگیوں سے مشابہ ہوتے ہیں جو تشدد سے پیدا ہو جاتی ہیں، اور بڑے اُبھرے ہوئے دَوڑے یا تحت الجلد خطی کدمات بھی موجود ہو سکتے ہیں۔ یہ مختلف نزفات سارے جسم پر ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ پپوٹوں میں خون کی وعابدری، یا ملتحمہ، چشم کے نیچے کدمات ہوں، گو بیشتر اوقات چہرہ بچا ہوا رہتا ہے۔ اس پرپیوارائی حالت کے ساتھ ساتھ جسم کے مختلف حصوں، اور بالخصوص مابعضی فضا اور کہنی کے خم میں، جبڑے کے زاویہ کے نیچے، اور قصبیہ ہڈی کے سامنے تمنیدہ، عضیل اور متصلب اورام کا تذکرہ ضروری ہے۔ یہ خون یا خون آلود فائبرین، یا محض پھیکے زرد فائبرینی مادے کے انصبابات کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں، جو ردار کے نیچے، یا عضلی بنڈلوں کے درمیان، یا گردِ عظمہ اور ہڈی کے درمیان واقع ہو جاتے ہیں۔

دوسرا خاصہ جس کے متعلق یہ سمجھا جاتا ہے کہ یہ عموماً مستقل طور پر موجود ہوتا ہے، مسوڑھوں کی حالت ہے۔ یہ متورم، لحمی، یا اسفنجی ہو کر دانتوں سے علیحدہ ہو جاتے ہیں، اور نیلے سرخ ڈھیلے تودوں کی شکل میں دانتوں سے آگے بروز کرنے لگتے ہیں۔ یہ تودے دردناک ہوتے ہیں، اور ان کو ذرا سا چھونے پر اُن سے خون نکلتا ہے۔ دانت ڈھیلے پڑ جاتے ہیں، مریض کوئی چیز چبا نہیں سکتا، اور اس کی سانس بدبودار ہوتی

ہے۔ مسوڑھوں کا ورم اس قدر زیادہ ہو سکتا ہے کہ وہ لبوں سے باہر بروز کرنے لگتے ہیں، اور اکثر اُن میں تقرح واقع ہو جاتا ہے۔ منہ کا باقی حصہ اس طریقہ سے ماؤف نہیں ہوتا۔ زبان بڑی ہو جاتی ہے اور اُس پر دندانے پڑ جاتے ہیں۔ بعض اوقات مسوڑھے اسفنجی نہیں ہوتے بلکہ صرف پھیکے رنگ کے ہو جاتے ہیں۔ اور تمام اصابتوں میں یہ تغیر دانتوں کی موجودگی سے واقع ہوتا ہے، چنانچہ اُس جگہ جہاں دانتوں کے سلسلہ میں کوئی خلاء ہو، اور بے دانت شیرخواروں اور بوڑھے آدمیوں میں یہ موجود ہی نہیں ہوتا۔

جب یہ تمام تغیرات نمویاب ہو جاتے ہیں تو مریض کا چہرہ پھیکا اور پھولا ہوا ہوتا ہے، محنت کرنے یا زور لگانے پر اُس کی سانس نمایاں طور پر پھول جاتی ہے اگرچہ اُس کے پھیپھڑوں میں کوئی طبیعی امارت نہیں پائی جاتی، اُس کو غشیان کے دورے ہوا کرتے ہیں، اور وہ جسمانی یا دماغی محنت کے بالکل ناقابل ہوتا ہے۔ لیکن تپش عموماً بلند نہیں ہوتی۔ نبض مختلف ہوتی ہے۔ پیشاب میں اکثر البیومن نہیں ہوتا۔ مخاطی اغشیہ سے نزف کا ہونا، اور بالخصوص رعاف شاذ نہیں۔ اور پاؤں اکثر اذیمائی ہوتے ہیں۔ خون کی نوعیت ثانوی عدم دمویت جیسی ہوتی ہے، اُس میں خفیف بوقلموں خلویت، متعدد الوان پسندی، اور منقط اساس پسند خلویت ہوتی ہے، خفیف ابیض خلویت کا موجود ہونا بھی ممکن ہے۔ سرخ جسیمات کم ہو کر...... ۲ یا ...... ۳ تک پہنچ جاتے ہیں، یا جب نزفات وافر ہوں تو اس سے بھی کم ہو جاتے ہیں، اور لونی قوت نمااد نے، ہوتا ہے۔ عرصۂ ترویب طبعی سے بہت کم اختلاف ظاہر کرتا ہے۔ 576

زیادہ خطرناک اصابتوں میں معدے اور آنتوں سے، یا پھیپھڑوں سے نزف ہو سکتا ہے۔ یا ذات الریہ، پھیپھڑے کی گنگرین، التہاب تامور، یا ذات الجنب جو نزفی ہو سکتا ہے۔ یا کلائی طحال اور البیومن بولیت۔ ممکن ہے کہ دموی وعاید یولیا پر کی جلد دباؤ یا خراش سے اغثاث پذیر ہو کر فطر آسا (fungoid) اور بدبودار قرحات باقی رہ جائیں۔ بعض اوقات زحیر داء الخنزیر میں ایک پیچیدگی کے طور پر واقع ہو جاتی ہے، لیکن عموماً وہ ایک جداگانہ مبداء کی سمجھی جاتی ہے۔ اکثر اوقات

خرابیٔ بصارت، جیسے شب کوری (hemeralopia) یا رتوندی کہتے ہیں، واقع ہو جاتی ہے۔ مریض کو دن کے وقت تو صاف نظر آتا ہے لیکن سرِ شام یا رات کی تاریکی میں وہ بالکل نہیں دیکھ سکتا اور اُسے اپنا راستہ نظر نہیں آتا۔ یہ شب کوری شبکیہ کے تغذیہ کے اختلال سے واقع ہو جاتی ہے۔ چشم بین سے آنکھ کے اندر کوئی تغیر نہیں ظاہر ہوتا، اور جب داء الحفر اچھا ہو جاتا ہے تو پھر نظر بھی طبعی ہو جاتی ہے۔

موت، بڑھتی ہوئی خستگی سے، جس کے ساتھ عدم دمویت اور نحول ہوتا ہے، عموماً بہت ہفتوں کے بعد واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ وہ ناگہانی غشیان، ذات الریہ یا پھیپھڑے کی گنگرین، مصلی اغشیہ کے نزفی التہاب، یا دماغی نزف سے جلد تر واقع ہو جائے۔ جو مریض شفایاب ہوتے ہیں اُن میں مناسب علاج سے اصلاح فوراً ظاہر ہوتی ہے اور اکثر نہایت سریع ہوتی ہے۔ لیکن بیان کیا جاتا ہے کہ زیادہ عمیق انصبابات سے دبازت اور لیفی بند باقی رہ جاتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جوارح جزءً منقبض ہوتے ہیں اور متناظر عضلات مذبول ہو جاتے ہیں۔ بعض اوقات مفاصل جاسی ہو جاتے ہیں۔

رضیعی داءالحفر (infantile scurvy)- اس قسم کا داء الحفر، جسے بیرونی ممالک میں مرض بارلو (Barlow's disease) کے نام سے یاد کیا جاتا ہے، دو سال سے نیچے کی عمر کے بچوں میں دیکھا جاتا ہے، اور یہ اکثر اوقات کساحت (rickets) کے ہمراہ پایا جاتا ہے، جو ایک دوسرا اغذائی مرض ہے۔ داء الحفر کے ہونے کا احتمال اُن شیر خواروں میں ہوتا ہے جو عقیم دودھ، یا مالٹ آمیز یا دوسری محفوظ الحقوق غذاؤں پر پرورش کئے جاتے ہیں، اور جنھیں تازہ دودھ کافی نہیں ملتا یا بالکل نہیں ملتا۔ ایسے بچے دُبلے نہیں ہوتے مگر اُن کا رنگ شاحب ہو جاتا ہے۔ اور پھر اُن کے جوارح، بالخصوص جوارح زیریں ماؤف ہو جاتے ہیں؛ چنانچہ بچے ان جوارح کو بالارادہ حرکت نہیں دیتے، اور جب کبھی انھیں چھوا جائے یا حرکت دی جائے، یا اُن کے قریب ہاتھ لایا جائے تو وہ روتے ہیں۔ بچہ اکثر اس طرح لیٹتا ہے کہ اُس کی رانیں تبعید کردہ اور گھٹنے خمیدہ ہوتے ہیں؛ اور اس طرح ممکن ہے کہ اُس کو مشلول خیال

کر لیا جائے۔

ہڈیاں الیم ہوتی ہیں، ممکن ہے کہ پاؤں میں کسیقدر اُذیما ہو، اور زیر گرد عظمی نزفات کی وجہ سے اورام ہوں۔ اور ممکن ہے کہ بَرنامی خطوط کے مقام پر ہڈیوں کی علیحدگی کا تکلت کہ محسوس ہو۔ اگر کوئی دانت نکل چکے ہیں تو ممکن ہے کہ مسوڑھوں کی اسفنجیت نزفات کے ساتھ ہو، جیسی کہ بالغوں میں ہوتی ہے، اور بعض اوقات ایک متفطر تودہ دکھلائی دیتا ہے۔ دوسرے نزفات، جیسے کہ رعاف یا دم بولیت واقع ہو سکتے ہیں۔ عدم دمویت اخضر یتی قسم کی ہوتی ہے، اور خون یاب نواتی خلیات کی زیادہ تعداد، چند لبنی خلیات (myelocytes) اور نوات دار سرخ جسیمے پیش کرتا ہے۔

تشخیص۔ اس وقت جب کہ ایسے حالات موجود ہوں جن کے متعلق معلوم ہے کہ یہ مرض پیدا کر دیتے ہیں، تشخیص مرض میں کوئی دقت نہیں ہو سکتی، لیکن منفرد اصابتوں میں تشخیص میں احتیاط کی ضرورت ہوتی ہے۔ پرپیوریا (purpura) سے اس کی تشخیص اس کے ساتھ موجود رہنے والی عمومی علالت، اسفنجی مسوڑھوں اور جوارح اور دیگر مقامات کے گہرے انصبابات سے ہوتی ہے۔ اس کے برعکس نسبتہً مفلس جماعتوں کی آبادی میں اس مرض کی خفیف اصابتوں کے نظر انداز ہو جانے کا امکان ہے، جن میں عدم دمویت اور خرابیٔ صحت کے ساتھ بیشتر مبہم سے درد کے علامات ہوتے ہیں، اور مریض مسوڑھوں کے خفیف تغیر یا جلد پر کے چند دھبوں کا لحاظ نہیں کرتا۔ ایسی حالت میں غذا کے متعلق دریافت کرنے سے مرض کی نوعیت جلد معلوم ہو جائے گی۔ شیر خواروں میں یہ مرض رضیعی شلل (infantile paralysis)، آتشکی برنامی التہاب (syphilitic epiphysitis)، یا التہابِ گرد عظم کے ساتھ خلط ملط ہو سکتا ہے۔

تحریز اور علاج۔ ایسی غذا دینا ضروری ہے جس میں دافع اسکروی حیاتین موجود ہو۔ زمانۂ دراز سے لیمو کے تازہ رس کے متعلق معلوم ہے کہ وہ ایک نہایت کارگر محرز اور علاج ہے، اور مصئون کرلئے پر بلکہ خشک حالت میں بھی وہ اپنے خواص کو بڑی حد تک باقی رکھتا ہے (Bassett-Smith)۔ لائم کا تازہ رس

(fresh limejuice) چنداں کارگر نہیں ہوتا اور لائم کا مصئون رس (preserved limejuice) بالکل بے کار ہے۔ لائم کے رس کو عام شہرت حاصل ہونے کی وجہ یہ ہے کہ ابتداءً یہ نام بحر روم کے لیموں کے رس کے لئے استعمال کیا جاتا تھا۔ گذشتہ صدی کے وسط میں بحری محکمہ میں اُس کے بجائے ویسٹ انڈیا کے لائم کا رس اُسی نام سے
استعمال کیا گیا، لیکن تجربہ سے اس کا بے کار ہونا ثابت ہو گیا۔ گمان غالب ہے کہ 577
میدان جنگ کے سپاہیوں میں اس حیاتین کے حصول کا بہترین ذریعہ وہ خشک دالیں ہیں جن کو استعمال سے پہلے اُگنے دیا گیا ہو۔ وہ قابلیت نقل وحمل کے باعث سہولت بخش ہوتی ہیں۔ کرم کلہ بہترین سبزی ہے جو استعمال کی جاسکتی ہے لیکن اُسے پانی میں جس قدر ممکن ہو کم عرصہ کے لئے اور سوڈا کے بغیر پکانا چاہیے۔ ایک کیمپ میں جہاں کرم کلے گوشت کے ساتھ چند گھنٹے تک دم پخت کرکے پکائے گئے، داء الخنزر پھوٹ پڑا۔ تازہ گوشت بھی کسیقدر مفید ہے۔ شیرخواروں کی غذا کے متعلق یاد رکھنا چاہیے کہ گائے کا دودھ نسبتہً کم مفید دافع اسکروی غذا ہے، اور اُس میں جو کچھ حیاتین موجود ہے وہ دودھ کی تعقیم یا بطریقہ پاسچر گرم کرنے میں اور بھی کم ہو جاتی ہے۔ غالباً یہ حیاتین خشک کئے ہوئے دودھ میں بالکل غیر موجود ہوتا ہے۔ بہرحال جب عقیم یا خشک کیا ہوا دودھ استعمال کیا جائے تو غذا میں کچھ حیاتین شامل کر دینا چاہیے۔ اس کی سادہ ترین ترکیب یہ ہے کہ بچہ کو ایک چمچہ بھر سنگترہ کا رس دے دیا جائے۔ لیکن سویڈی شلجم (swedes) بھی استعمال کئے جاسکتے ہیں، جو بکثرت اور ارزاں دستیاب ہوتے ہیں۔ یا ٹماٹر کا رس، تین ماہ کے بچے کے لئے ٹیبل سپون فی روزانہ، یا آلو جو بھوننے کے بعد عین چھلکے کے نیچے سے کھرچ لیا گیا ہو۔ خام سویڈی شلجم کا رس (raw swede juice) حاصل کرنے کی یہ ترکیب ہے کہ تراشی ہوئی سبزی کو کدوکش سے گھس کر اس کے گودے کو ململ کے ذریعہ نچوڑ لیا جائے۔ شافی اغراض کیلئے لیموں کے رس کی بڑی مقداریں اختلال ہضم پیدا کئے بغیر استعمال کی جاسکتی ہیں، بشرطیکہ کیلسیئم کاربونیٹ کا عمل کرکے آزاد سائٹرک ترشہ کو خارج کر دیا جائے۔ خالص حیاتین یعنی ایسکاربک ایسڈ، جو کہ پانی میں حل پذیر ہے، دروں وریدی طور پر ۱۰۰ — ۲۰۰ ملی گرام کی متناوبوں میں دی جاسکتی ہے۔ اس کو دوسری نزفی حالتوں مثلاً پرپیورا اور

نزفی التہاب گردہ کے لئے بھی استعمال کیا گیا ہے۔ دروں عضلی یا زیر جلدی طور پر استعمال کرنے سے پہلے اس کے ۰۰۱ ملی گرام NaOH کے عقیم ۲ فی صدی محلول کے ایک مکعب سم میں حل کر کے اس کی تعدیل کر لینی چاہیئے۔

کُساحۃ

(RICKETS) (rachitis)

کساحۃ ایک مرض ہے جس میں شیر خواروں اور نوعمر بچوں کی عام صحت ماؤف ہو جاتی ہے، اور جس کی خصوصیات یہ ہیں:۔ (۱) عمل تعظّم کا فساد۔ چنانچہ ہڈیاں معمول کے نسبت زیادہ نرم ہوتی ہیں، اور اس دباؤ سے جو ان پر روزانہ استعمال سے پڑنا لازمی ہے جھک کر مشوہ ہو جاتی ہیں۔ (۲) تنفسی اور معدی معائی سرایتوں کا اور وظیفی عصبی فتورات کا احتمال۔

اسباب ۔ یہ بالخصوص بچوں کا مرض ہے، اور دونوں صنفوں کو تقریباً برابر ماؤف کرتا ہے۔ ابتدائی ترین عظمی تغیرات چھ اور بارہ مہینے کی عمروں کے درمیان دیکھنے میں آتے ہیں۔ اٹھارہ مہینے کی عمر تک اس کے سریری خصائص خوب نمایاں ہو جاتے ہیں۔ مالدار جماعتوں کے نسبت مفلس جماعتوں کے بچے کساحۃ میں زیادہ شدت کے ساتھ مبتلا ہوتے ہیں، اگرچہ اول الذکر میں بھی خفیف درجہ کا مرض عام طور پر موجود ہوتا ہے۔ اس کا اعظم حدوث سرما اور موسم بہار میں ہوتا ہے اور گرما کی سورج کی روشنی سے اس میں شفا ہو جانے کا رجحان ہوتا ہے، کیونکہ یہ روشنی، جیسا کہ پہلے سمجھایا گیا ہے، جسم کے اندر حیاتین د (vitamin D) کی مقدار کو بڑھا دیتی ہے۔ دو حالات کا بارہا ذکر کیا گیا ہے کہ وہ کساحۃ کی استعداد کا باعث ہوتے ہیں، یعنے شہروں میں اژدحام، اور تازہ ہوا کی کمی۔ لیکن ان کی اہمیت اسی حد تک ہے کہ یہ سورج کی روشنی کی کمی پیدا کرتے ہیں۔ تاخیر پذیر یا ریعانی کساحت (late or adolescent rickets) جو شاذ ہے، چھ اور اٹھارہ سال کے درمیان کسی وقت بھی شروع ہو سکتی ہے۔

امراضیات ۔ اگرچہ سرمدی کساحتہ کا خاص سبب حیاتین د (vitamin D) کی غیر موجودگی ہے، تاہم دوسرے کئی عاملات بھی ہیں کہ جن کے متعلق تجربی طور پر ظاہر ہوگیا ہے کہ وہ اس مرض کی پیدائش میں حصہ لیتے ہیں۔ اولاً فاعلی بالیدگی ایک ضروری عامل ہے۔ اگر یہ موجود نہ ہو، تو کیلسیئم یا فاسفورس کی کمی بذاتہ تمثیلی کساحتہ نہیں پیدا کرتی، اگرچہ کیلسیئم کی قلت ہڈیوں میں جلد ہی نمویاب ہوجاتی ہے، اور وہ عظم آسا بافت کی تہوں کے ساتھ مسامیۂ عظام ظاہر کرتی ہیں، لیکن تکاثر پذیر کرّی کے منطقہ میں کوئی تغیر نہیں ہوتا۔ تاہم کسی جانور کو کافی حراری قدر رکھنے والی ایسی غذا دے کر کہ جس میں کیلسیئم کی یا فاسفورس کی کمی ہو، تجربی طور پر کساحت پیدا کی جاسکتی ہے (کیلسیئم کی کساحت یا فاسفورس کی کساحت)۔ ہڈیوں کی تکلیس پلازما میں کیلسیئم (Ca) اور فاسفورک (PO_4) رواںات کی کافی مقدار موجود ہونے پر منحصر ہوتی ہے، اور وہ باہم مل کر ایک خفیف طور پر حل پذیر نمک $Ca_3(PO_4)_2$ بنا دیتے ہیں، جو مرسوب ہوکر ہڈی بنا دیتا ہے۔ سرمدی کساحتہ میں ممکن ہے کہ پلازما کا کیلسیئم طبعی، اور پلازما کا فاسفورس کم ہو (فاسفورس کی کساحتہ) (6)۔ دوسری اصابتوں میں کیلسیئم 578
اور فاسفورس دونوں کم ہوتے ہیں (10)۔ بہرحال پلازما کی حالت کساحتہ کا راست سبب ہوتی ہے اور ہڈی میں کوئی نقص نہیں ہوتا، کیونکہ اگر کساحتی ہڈی کو ایک طبعی بچہ سے نکالے ہوئے دموی پلازما میں یا کیلسیئم اور فاسفیٹ موجود رکھنے والے محلولات میں محضون کیا جائے تو اس ہڈی میں تکلیس ظاہر ہوتی ہے لیکن جب ایک کساحتی بچہ کے خون سے نکالا ہوا پلازما اس طرح استعمال کیا جاتا ہے تو یہ نتیجہ حاصل نہیں ہوتا۔ حیاتین د (vitamin D) غالباً معوی مافیہ کو ترشئی کرکے اپنا عمل کرتی ہے (جو معوی مافیہ کی طبعی حالت ہوتی ہے)، چنانچہ ایک بہ آسانی حل پذیر نمک $CaHPO_4$ بن جاتا ہے جو بہ آسانی جذب ہوجاتا ہے۔ بہت زیادہ حیاتین د دینے سے تکلیس، بالخصوص شریانوں کی، اور کلوی حصات پیدا ہوجاتے ہیں۔ حیاتین د کے بغیر یہ مافیہ قلوی ہوجاتے ہیں (11) اور خفیف طور پر حل پذیر نمک $Ca_3(PO_4)_2$ دقت کے ساتھ جذب ہوتا ہے (10)۔ ورزش کی کمی بھی کساحتہ کی استعداد پیدا کردیتی ہے۔ اگر جانور کو بکثرت ورزش کرنے دی جائے تو کساحتہ کا

حملہ روکنے کے لئے نسبتہً بہت کم حیاتین د کی ضرورت ہوتی ہے۔ حاد کساحتہ میں پلاز کے بائکاربونیٹ میں کمی ہوجاتی ہے، جو کیتونیت کی وجہ سے نہیں ہوتی (8)۔ بالکل ایسی ہی کساحت جیسی کہ حیاتین د کی کمی سے پیدا ہوتی ہے، شکمی مرض (cœliac disease) میں بھی پیدا ہوسکتی ہے (شکمی کساحتہ = cœliac rickets)۔ بڑی غیر ہضم شدہ شحمی اجابتوں کے باعث بالیدگی میں کمی ہوتی ہے اور اس کے ساتھ ہی حیاتین د معمول کے نسبت بہت کم جذب ہوتی ہے، اس کے نتیجہ کے طور پر کیلسیئم اور فاسفورس کا انجذاب بھی کم ہوتا ہے اور ہڈیاں عظمی مسامیتی ہوجاتی ہیں۔ پلازما کا فاسفورس اور کیلسیئم دونوں کم ہوتے ہیں۔ پست شحم والی غذا پر سریری حالت میں اصلاح ہوکر بالیدگی شروع ہوجاتی ہے اور کساحتہ پیدا ہوجاتی ہے، جو اسی طرح شفایاب ہوسکتی ہے جس طرح کہ معمولی کساحتہ۔ ناقص شحمی انجذاب کا دوسرا سبب اسہال ہے۔ لیکن یہ کساحتہ نہیں پیدا کرتا، کیونکہ بالیدگی موقوف ہوجاتی ہے۔

امراضیاتی تشریح ۔ طبعی شیرخوار کی لمبی ہڈی کی طولی تراش میں ڈنڈی (دربالہ) کا ایک صاف کٹا ہوا سرا (برنامی خط) نظر آتا ہے، اور ان مثالوں میں جن میں برنامیہ کا تعظم واقع ہوگیا ہے برنامی خط اور عظمی برنامیہ کے درمیان سپیدی مائل کری کا ایک قرص (برنامی غضروف) نظر آتا ہے۔ کساحتی ہڈی میں ایک بالکل مختلف تصویر نظر آتی ہے۔ کری کے برنامی قرص کی چوڑائی بہت زیادہ ہوجاتی ہے۔ برنامی خط نہیں ہوتا، مگر اس کی جگہ دربالہ کا ایک ناہموار طور پر کھردرا سرا لے لیتا ہے۔ یہ کھردرا سرا، جو معمول کے نسبت زیادہ عروقی ہوتا ہے، دباؤ کے باعث عموماً کھوکھلا اور جانباً پھیلا ہوا ہوتا ہے، اور اس طرح برنامیہ کی کلانی کی سریری امارت پیدا ہوجاتی ہے۔ دربالہ کے اس متغیر سرے پر بعد نامیہ کی اصطلاح کا اطلاق کیا جاتا ہے۔

طبعی حالت میں زجاجی کری اور اس ہڈی کے درمیان جو کہ اب تک نمو یاب ہوچکی ہے خوردبین کے نیچے کری تہیں دیکھی جاتی ہیں: (الف) تکاثری غضروفی خلیے جن میں کوئی باقاعدہ ترتیب نہیں ہوتی (ب) تکاثری غضروفی خلیے جو استوانوں کی شکل میں زجاجی قالب کے استوانوں کے درمیان مرتب ہوتے ہیں۔ (ج) عارضی

تکلیس کا منطقہ، جس کی وجہ سے استوانے کرخت ہوجاتے ہیں اور گودے سے پھوٹ کر نکلنے والی عروق شعریہ کا رخ غضروفی خلیات کی طرف کر دیتے ہیں، جو یا تو تارکل سے تلف ہوجاتے ہیں یا لمبی فضاؤں میں غائب ہوجاتے ہیں۔ پھر یہ استوانے جزءً تلف ہوجاتے ہیں، اور جزءً ایسے مرکزوں کا کام دیتے ہیں جن کے گرد عظمی نا صفات مرتب ہوکر (د) عظم آسا بافت (osteoid) کی ایک تنگ تہ بنا دیتے ہیں یعنے ایسی ہڈی جس میں کیلسیم نہیں موجود ہوتا۔ (ھ) تعظم جو عظم آسا بافت میں کیلسیم کے نمکیات کے جماؤ سے پیدا ہوجاتا ہے۔

کساحۃ میں یہ باقاعدہ ترتیب بالکل مفقود ہوتی ہے۔ غضروفی تکاثر کا منطقہ انتصاباً اور جانباً بڑھ جاتا ہے، جس میں ابتداءً استوانی ترتیب ظاہر ہوتی ہے، لیکن استوانہ میں جو خلیات ہوتے ہیں وہ زیادہ کثیر التعداد ہوتے ہیں، اور یہ نقشہ جلد ہی غائب ہوجاتا ہے اور خلیات ایک زجاجی قالب کے اندر تودوں کی صورت میں نظر آتے ہیں۔ عارضی تکلیس کا منطقہ غیر موجود ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ لمبی عروق تمام سمتوں میں بڑھتی ہیں۔ عظم آسا بافت کی تہ بہت دبیز ہوتی ہے اور ایک کساحتی بعد نامیہ (rachitic metaphysis) بناتی ہے۔ اس کے اندر غضروفی خلیوں کے جزیرے ہوتے ہیں اور چوڑی فضائیں ہوتی ہیں جن میں لُب موجود ہوتا ہے، اور اس کے عمیق تر حصوں میں کیلسیم کے غیر منتظم یا بے قاعدہ جماؤ واقع ہوتے ہیں جو حقیقی ہڈی بناتے اور بعد نامیہ کے سرے کا ممیز دندانہ دار کھردرا منظر پیدا کر دیتے ہیں۔ عظم آسا بافت گرد عظمہ کے نیچے بھی معمول کے نسبت زیادہ مقداروں میں موجود ہوتی ہے، جو بے قاعدہ تودے یا پشتے بناتی ہے اور اس طرح لمبی ہڈیوں کے تیز زاویے، کنارے اور ابھار زائل کر دیتی ہے، اور کھوپری کی غشائی ہڈیوں میں حبیدہ داری پیدا کر دیتی ہے۔

جب اندمال واقع ہوتا ہے تو سب سے پہلے کیلسیم کا جماؤ کُرّی میں اس مقام پر 579
ہوتا ہے جہاں عارضی تکلیس کا منطقہ ہونا چاہئے تھا۔ یہ ابتداءً ایک پتلا بے قاعدہ خط ہوتا ہے، لیکن جیسے جیسے اندمال ترقی کرتا ہے دبیز ہوتا جاتا ہے، عظم آسا بافت میں کیلسیم کے جماؤ پیدا ہوجاتے ہیں، اور بعد نامیہ کے اندر کی کُرّی بتدریج غائب

ہو جاتی ہے۔

کساحتہ میں تمثیلی خرد بینی مظاہر یہ ہوتے ہیں کہ (۱) عظم آسا بافت کی مقدار کثیر موجود ہوتی ہے، اور (۲) ترتیب کے بجائے بے ترتیبی موجود ہوتی ہے۔

عضلات میں ڈھیلا پن اور ہزال ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ خون ثانوی عدم دمویت ظاہر کرے۔

علامات ۔ اس شکایت میں ابتدا ہی میں دو علامتیں پیدا ہو جاتی ہیں جو ہمیشہ پائی جاتی ہیں۔ ایک علامت یہ ہے کہ بچہ رات کے وقت بے چین رہتا ہے، اپنے کپڑوں کو لاتیں مار کر ہٹا دیتا ہے، اور ٹانگوں اور ہاتھوں کو منکشف رکھ کر لیٹا رہتا ہے۔ دوسری علامت یہ ہے کہ جب وہ سو جاتا ہے تو اس کے سر اور گردن کے پاس پسینہ بکثرت آتا ہے، جس سے اس کا تکیہ شرابور ہو جاتا ہے۔ لیکن بقیہ جسم اکثر خشک رہتا ہے اور تپش طبعی ہوتی ہے۔ عظمی تغیرات کی پہلی علامت لمبی ہڈیوں کے سروں کی کلانی ہے۔ یہ کلانی کلائیوں کے مقام پر خوب نمایاں ہوتی ہے، جہاں زندیات اور کعبریات کے سرے موٹے ہو جاتے ہیں۔ اسی طرح ٹخنوں اور گھٹنوں کے مقام پر ہڈیوں کے سرے خوب موٹے ہو جاتے ہیں۔ اگر اس وقت سے جب کہ بچہ کھڑا ہونے یا چلنے لگ جاتا ہے، مرض بعد میں شروع ہو تو بچہ کھڑا ہونا اور چلنا موقوف کر دیتا ہے اور، جیسا کہ مائیں کہا کرتی ہیں، "لڑکھڑا کر گر جاتا ہے"۔ اگر مرض اس سے جلد شروع ہو تو ممکن ہے بچہ اٹھارہ یا چوبیس ماہ کی عمر تک چلنا نہ سیکھے۔ دونوں حالتوں میں بچہ اس وقت چلنے کی کوشش کرنے لگتا ہے جب کہ ہڈیاں ابھی کامل طور پر متحجر نہیں ہوتیں، اور جسم کے وزن سے قصبیات اور فخذیات خمیدہ ہو کر کمان جیسی بن جاتی ہیں، اور ان کا انحداب عموماً باہر کی طرف اور سامنے کو ہوتا ہے۔ بعض اوقات قصبیات کے زیریں حصے پر ایک انحداب اندر کی طرف ہوتا ہے اور اس طرح دونوں پاؤں کے درمیان کا فاصلہ زیادہ چوڑا ہو جاتا ہے، اور اس حالت کی وجہ یہ ہے کہ بچہ فرش پر ہاتھ پاؤں پھیلا کر اوندھا لیٹے لیٹے چلتا پھرتا ہے اور پاؤں کو بحری شیر (sea lion) کے پچھلے پنکھوں کی طرح استعمال کرتا ہے۔ اس وقت جب کہ ابھی بچہ کھڑا نہ ہو سکتا ہو اگر وہ فرش پر رینگ رینگ کر

زیادہ چلنے پھرنے تو بدن کا وزن بازوؤں پر پڑتا ہے اور کعبریات، زندیات، اور عضدیات تناظراً خمیدہ ہو جاتی ہیں۔

سینہ میں پسلیوں اور ضلعی کرّیوں کے مقاماتِ اتصال پر کلانی پیدا ہو جاتی ہے، اور وہاں گرہکوں کا ایک سلسلہ بن جاتا ہے، جو دونوں جانبوں پر عظم القص کے قریب پہلی پسلی سے شروع ہوتا ہے اور نیچے کی طرف اور پھر باہر کی طرف پہلو میں بارھویں پسلی تک جاتا ہے۔ اسے سبحتِ اضلاع یا سُبحۂ کساحت (rickety rosary) کے نام سے یاد کیا گیا ہے۔ ڈایافرام کے فعل سے تشوّہ پیدا ہو جاتا ہے، کیونکہ وہ پسلیوں کو اُن کے دربالوں کے مقام پر اندر کو چوس لیتا ہے، جس سے عظم القص کے دونوں جانب ایک چوڑا میزاب پیدا ہو کر عظم القص غیر معمولی طور پر نمایاں ہو جاتی ہے۔ یہ بھی ممکن ہے کہ مریض کبوتر سینہ ہو جائے۔ لیکن اکثر نیچے کی پسلیاں احشاءِ شکم کے اوپر پھیلی ہوئی ہوتی ہیں اور ایک ابھرے ہوئے شکم کی بالائی محراب بنا دیتی ہیں، اور یہ اُبھرا ہوا شکم اوپر کے تنگ سینہ سے نمایاں فرق ظاہر کرتا ہے اور ایک عرضی نشیب (تجویف ہیریسن Harrison's sulcus) کے ذریعہ اس سے جُدا ہوتا ہے۔ آخر الذکر کم و بیش ڈایافرام کے قبّہ کے لیول پر ہوتا ہے، جہاں سینہ اندر کو بھنچا ہوا ہوتا ہے۔ یہ مختلف تشوہات اُس شعبی التہاب یا شعبی ذات الریہ کی وجہ سے اور بھی زیادہ شدید ہو جاتے ہیں جو عموماً اُن کے ساتھ موجود ہوتا ہے اور سینہ کے اندر ہوا کے داخلہ میں مزاحم ہوتا ہے۔ یہ پیچیدگیاں خاص طور پر اس لئے خطرناک ہوتی ہیں کیونکہ پسلیوں کی نرم حالت کے باعث کھانسنے کا فعل ناقص ہوتا ہے اور افرازاتِ شُش کے اندر جمع رہتے ہیں۔ حوض شیرخواری کے عالم میں عموماً کوئی تشوہ نہیں ظاہر کرتا لیکن کساحتہ کی انتہائی اصابتوں میں حوضی روزن بہت بدشکل ہو کر زیادہ تر ساعتِ رملیہ کی قسم (hour-glass type) کا ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ یہ عورتوں میں بعد میں زچگی میں نہایت خطرناک مزاحمت پیش کرے۔

سر نہ صرف بڑے یافوخ اور اکثر اکلیلی اور سہمی درزوں سے تناظر تشیہوں کے خطوط ظاہر کرتا ہے (صلیبی قسم کا جمجمہ = hot-cross bun type of skull) بلکہ اس کے علاوہ کسی قدر مربع شکل اختیار کر لیتا ہے، قمہ چپٹا ہوتا ہے، اور جبہی اور

جانبی خطے کسی قدر اُبھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ نمایاں اصابتوں میں مجمجمہ چہرے کے مقابلہ میں بہت بڑا نظر آتا ہے اور اکثر کھوپری کا محیط زیادہ ہوتا ہے۔ جمجمی ھزال (craniotabes) کا نام اُن نرم رقبوں کو دیا گیا ہے جو کھوپری پر ناقص تعظم کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں اور خاص کر درزوں کے حاشیوں کے برابر برابر پائے جاتے ہیں۔ دوسری علامت یہ ہے کہ دانتوں کے نکلنے میں تاخیر ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ پہلا دانت بجائے چھٹے یا ساتویں مہینے میں نکلنے کے گیارھویں یا بارھویں مہینے تک نہ نکلے۔ اور ممکن ہے کہ دانتوں کے نکلنے کی ترتیب میں بہت سی بیقاعدگیاں ظاہر ہوں۔ دائمی دانتوں پر بھی اثر پڑتا ہے۔ اُن کا مینا ناقص اور نرم ہوتا ہے اور کیلسیم مافیہ کم ہو جاتا ہے۔ یہ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ نوعمر بچوں میں دندانی بوسیدگی (dental caries) کی وجہ یہ ہے کہ بچہ کی غذا میں یا دورانِ حمل میں اُس کی ماں کی غذا میں حیاتین د (vitamin D) کی کمی ہوتی ہے (9)۔ 580

انتہائی اصابتوں میں تمام ہڈیوں کی بالیدگی رُک جاتی ہے اور خمیدگی کی وجہ سے وہ کوتاہ بھی ہوتی ہیں۔ اور ممکن ہے کہ آٹھ یا دس برس کی عمر کے بچے تین سال والوں سے زیادہ اونچے نہ ہوں۔ نیز ہڈیاں معمول کے نسبت زیادہ خستہ ہوتی ہیں اور ان میں خیز رانی کسر (green-stick fractures) ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ رباطات میں قطعی رخوت اور عضلات میں زیر تنیدگی ہوتی ہے، چنانچہ مفاصل میں غیر معمولی حرکت پذیری موجود ہوتی ہے (رسن بازی کساحت = acrobatic rickets)۔ جگر اور طحال بہ آسانی محسوس ہوتے ہیں، کیونکہ سکڑا ہوا سینہ اُنھیں نیچے دھکیل دیتا ہے اور عضلات شکم کا اُنھیں کافی سہارا نہیں ملتا، اور شکم غیر معمولی طور پر بروز کئے ہوئے ہوتا ہے (قلّمای شکم = pot belly)۔ ممکن ہے کہ بھوک بہت اچھی ہو اور بہت سے کساحتی بچے شحم کا کامل بلکہ حد سے زائد نمو ظاہر کرتے ہیں (شحمی کساحت = fat-rickets) لیکن شدید اصابتوں میں عدم دمویت موجود ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ عصبی نظام خطرناک طور پر ماؤف ہو۔ کساحتی بچوں میں رضیعی تشنجات کا بہت امکان ہوتا ہے، جن میں وہ شکلیں بھی شامل ہیں جن کو صرصری تشنج الحنجرہ (laryngismus stridulus) اور تکزز (tetany) کہتے ہیں۔

حنجری تشنج کے ساتھ اکثر عصبی خراش پذیری یا اثارت واسٹیک (Chvostek's sign) موجود ہوتی ہے، جس میں چہرے کے حرکی اعصاب کی اوپری شاخوں پر آہستہ سے تھپکنے سے متناظر عضلات کا انقباض پیدا ہو جاتا ہے۔ نیز کساحتی بچوں میں دوسرے بچوں کے نسبت وہ خرابی کسیقدر زیادہ ہی ہوتی ہے جیسے سر پیش جنبانی (head-nodding) یا سر ہلانا (head-shaking) (کیوی تشنج =spasmus nutans) کہتے ہیں، اور جس کے ساتھ اکثر رقص مقلہ بھی پایا جاتا ہے۔ یہ شکایتیں چار ماہ سے لے کر ایک سال کی عمر والے بچوں میں ہوا کرتی ہیں اور موسم سرما میں کمروں کی ناقص روشنی کی وجہ سے ہو سکتی ہیں، اور اس طرح ان کا مقابلہ کان کنوں کے رقص مقلہ (miner's nystagmus) سے کیا جا سکتا ہے۔

کساحتی بچے ایسے علامات میں بھی مبتلا ہوتے ہیں جن پر داء الخفر کا گمان ہوتا ہے، مثلاً ہڈیوں کی الیمیت۔ یہ کوئی تعجب کی بات نہیں، کیونکہ ممکن ہے کہ غذا میں حیاتینوں کی عام طور پر کمی ہو۔

تشخیص۔ اس میں شاذ ہی مشکلات پیش آتی ہیں۔ بعض اوقات چلنے کی ناقابلیت کی وجہ سے شلل صبیانی (infantile paralysis) (التہاب رمادی النخاع مقدم =anterior poliomyelitis) کا شبہ پیدا ہو سکتا ہے، لیکن جوارح کو کم از کم حرکت دی جا سکتی ہے، اور ہڈیوں کے تشوہات سے صحیح پتہ چل سکتا ہے۔ آتشکی التہاب برزامیہ (syphilitic epiphysitis) اور داء الخفر اؤف ہڈیوں میں بڑا درد اور الیمیت پیدا کر دیتے ہیں۔ بلازمائی فاسفیٹیز (phosphatase) کساحت کی ایک ابتدائی دلالت بہم پہنچاتا ہے، کیونکہ وہ بڑھ جاتا ہے۔

لاشعاعوں سے مرض کی وسعت اور شفایابی کی ترقی کی تشخیص کا قابل قدر ذریعہ حاصل ہوتا ہے (2)۔ شدید کساحت (صفحہ ۱۶۴) میں زیادہ نازک ہڈیوں کی کلس ربودگی، شبکی ہڈی کی ساخت میں بھونڈا پن پیدا کر دیتی ہے، اور ازاں بعد جب کہ یہ عمل زیادہ ترقی یافتہ ہو جاتا ہے، یہ ہڈیاں بمشکل نرم بافتوں سے تمیز کی جا سکتی ہیں۔ یہ مناظر مختلف ہوتے ہیں بلحاظ اس امر کے کہ (۱) کس ہڈی کا

امتحان کیا گیا ہے۔ مثلاً صفحہ ۴۶ میں عضدیہ کا سرا وہ کھردرا منظر نہیں پیش کرتا جو کعبریہ اور زندیہ کے سرے پیش کرتے ہیں۔ (۲) بلحاظ اس امر کے کہ بچہ باوجود مرض کے اب بھی خاصہ فعال رہ سکتا ہے۔ ایسی حالت میں، اگر کعبریہ کے زیریں سرے کا امتحان کیا جائے تو دیکھا جائے گا کہ اُس کا تیز برنامی خط غائب ہو گیا ہے، درنامیہ کا زیریں سرا جانباً پھیلا ہوا ہے، کلس رُبائی کا عمل مرکز کے مقام پر زیادہ سرعت کے ساتھ واقع ہوا ہے، جس سے ڈنڈی کا سرا پیالہ نما ہو گیا ہے۔ جب بچہ غیر فعال ہو تو یہ کھردرا منظر کم ہوتا ہے، کھوکھلا پن یا جانبی پھیلاؤ نہیں ہوتا، لیکن درنامیہ اور برنامیہ کا درمیانی فاصلہ زیادہ ہوتا ہے۔ اندمال کے آغاز میں (صفحہ ۴۷) عارضی تکلیس کے منطقہ میں تکلیس کا ایک نیا خط نمودار ہوتا ہے، جو طبعی ہڈی کے برنامی خط کا قائم مقام ہوتا ہے۔ درنامیہ سے اُس کا فاصلہ عظم آسا بافت کی چوڑائی پر منحصر ہوتا ہے اور مرض کی مدت کے لحاظ سے راست طور پر اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ بتدریج درمیانی فضا خطوط کی شکل میں ہڈی سے پُر ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ اندمال واقع ہونے کے بعد طویل عرصہ تک کثیف بیش تکلیس یافتہ بعد نامیہ میں اور اس کے قرب وجوار کی ڈنڈی کی شبکی بافت میں ایک نمایاں فرق نظر آئے (صفحہ ۴۸ کا مقابلہ طبعی صفحہ ۴۹ کے ساتھ کرو)۔

انذار ۔ بالعموم اس مرض سے شفا ہو جاتی ہے، اور ہڈیاں بالآخر بالکل سخت اور ٹھوس ہو جاتی ہیں۔ لیکن اگر تشوہات معتد بہ ہیں تو وہ دائمی طور پر باقی رہیں گے۔ زندگی کو خطرہ پیچیدگیوں کے باعث ہوتا ہے، بالخصوص شعبی التہاب سے جس کے ساتھ ہبوط الریہ ہو، تشنجات سے اور صرصری تشنج حنجرہ سے۔

تجویز ۔ سب سے زیادہ اہم امر یہ ہے کہ بچہ کو درست طور پر غذا دی جائے۔ اس کا قدرتی طریقہ، چھاتی کا دودھ پلانا ہے، اور اگر دودھ کی مقدار کافی ہے اور ماں ایک مختلف الاقسام غذا استعمال کرتی ہے جس میں تمام معین غذائی عوامل شامل ہیں تو بچہ کو کساحتہ یا دوسرے قلتی امراض ہونے کا کوئی خطرہ نہیں ہوتا۔ اگر گائے کا دودھ استعمال کیا جاتا ہے تو کاڈلیور آئیل بھی دینا چاہیے تاکہ حیاتین د (vitamin D) پہنچتی رہے۔ ایسی غذا میں کیلسیئم اور فاسفورس کی مقدار کافی ہو گی۔ وہ بچہ جسے



ایک ۳/۴ ۱۱ ماہ کے بچے میں شدید کساحت۔ ذراعیہ کبیریہ اور زندیہ کے درنامیہ کی بھونڈی ساخت، فخذیہ قصبیہ اور شظیہ کے غیر واضح بعد نامیات
اور زندیہ کے زیریں بعد نامیہ کا فنجان نما منظر، اور فخذیہ اور قصبیہ کے برنامیات کی تقریباً مکمل شفافیت ملاحظہ کی جائے۔ یہ عکسی تصویر وائنا،
Rontgen Labortorium of the Kinderklinic میں ڈاکٹر ویمبرگر (Dr. Wimberger) نے لی ہے
(Vorst Prof. Pirquet) اور مس ایچ چیک اور میڈیکل ریسرچ کونسل کی اجازت سے پیش کی جاتی ہے۔

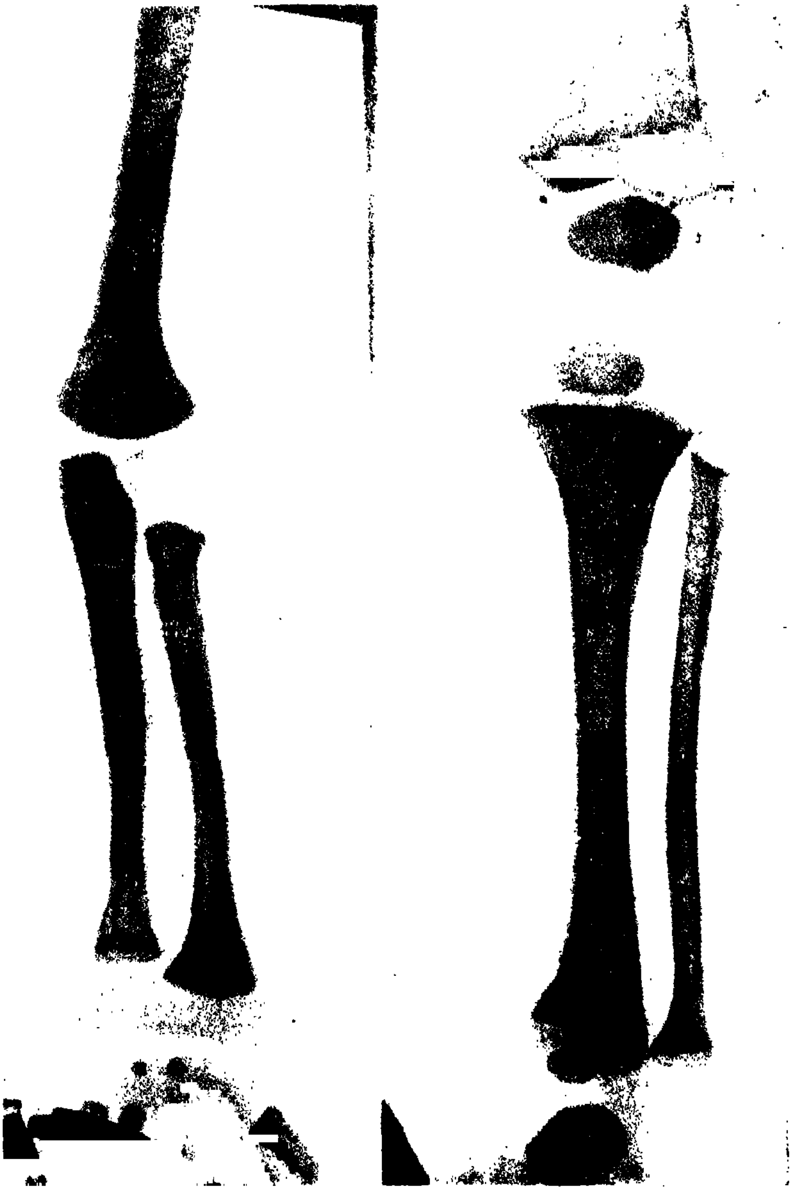
سخہ ۱۴



وہی بچہ ایک ماہ کے بعد جس میں اندمال کا آغاز نظر آتا ہے۔ بعد نامیات کے بعد کے حصوں میں تکلیس کے نئے منطقے اور برنامیات کی زیادہ صحیت ملاحظہ کی جائیں۔ یہ عکسی تصویر وائنا کے Rontgen Laboratorium of the Kinderklinic میں ڈاکٹر ومبرگر نے لی ہے (Vorst Prof. Pirquet) اور مس ایچ چک اور میڈیکل ریسرچ کونسل کی اجازت سے پیش کی جاتی ہے

لانسٹ صفحہ 580

صحفہ ۴۴



وہی بچہ مزید ۴۲ دن کے بعد۔ وزنامیات کے مقابلہ میں بعد نامیات کی زائد عقیت ملاحظہ ہو جو فخذیہ اور زندیہ کے زیرین سرے کی صورت میں خاص طور پر ظاہر ہے۔ یہ عکسی تصویر وانتاین Rontgen Laboratorium of the Kinderklinic پر ڈاکٹر ومرگرنٹ فی ہے (Vorst Prof. Parquet) اور مس ایچ چِک اور میڈیکل ریسرچ کونسل کی اجازت سے پیش کی جاتی ہے۔

بامقابل صفحہ 350



بازو اور ٹانگ ایک طبعی بچہ کا جو کہ ۱۴ ماہ کی عمر کا ہے ۔ درنامیات کی ساخت، ان کے واضح طور پر تمیز سرے (بعدنامیات) اور بعض بنامیات میں عظمی تکوین کا ظہور ملاحظہ ہو۔ یہ عکسی تصویر وائنا میں Rontgen Laboratorium of the Kinderklinic میں ڈاکٹر ومبرگر (Dr. Wimberger) نے لی ہے (Vorst Prof. Pirquet) اور مس ایچ چک اور میڈیکل ریسرچ کونسل کی اجازت سے پیش کی جاتی ہے۔

درست قسم کی غذا ملتی ہو اپنے ہاتھ پاؤں اور جسم کی حرکات سے خود بخود کافی ورزش کرتا رہے گا۔ اُسے خوب ترویح شدہ کمروں میں رکھنا چاہیئے اور بلاناغہ باہر تازہ ہوا میں لیجانا چاہیئے اور حتی الامکان سورج کی روشنی خوب دینا چاہیئے۔

علاج۔ تشیع زدہ ارگواسٹیرال (irradiated ergosterol) کو "ریڈیوسٹال" ("radiostol") (روزانہ ۵ ا قطرے) کی صورت میں دے سکتے ہیں یہ دانتوں کی بوسیدگی کا علاج کرنے کے لئے بھی مفید ہے۔ حیاتین د کی قلت کے ہمراہ حیاتین الف کی قلت بھی پائی جاتی ہے۔ "ریڈیو اسٹولیئم" ("radiostoleum") اور "ریڈیومالٹ" ("radiomalt") ایسی تجہیزات ہیں جن میں حیاتین الف اور د دونوں موجود ہیں۔ کاڈلیور آئیل، سادہ یا متحلب کی شکل میں، دوسری مفید دوا ہے۔ یہ روزانہ تین بار غذا کے بعد دیا جا سکتا ہے۔ سادہ تیل کی مقدار خوراک چھ ماہ کے شیر خوار بچہ کے لئے ۵ ا قطرے، بارہ ماہ کی عمر تک ۲۰ قطرے، اٹھارہ ماہ یا دو سال کی عمر تک ½ ڈرام، اور اس سے زیادہ عمر کے بچوں کے لئے ایک ڈرام ہے۔ علاج کا دوسرا طریقہ سورج کی روشنی میں منکشف کرنا ہے جو ظاہر ہے کہ (باستثنا رعسیر العلاج اصابتوں کے) کم تشفی بخش ہے، کیونکہ اس کی مقدار نسبتہً غیر معین ہے۔ اگر سورج کی روشنی موجود نہ ہو تو ماورائے بنفشی روشنی کے مصنوعی ذرایع میں منکشف کرنا چاہیئے، مثلاً پارے کے بخار کے کوارٹز لمپ (mercury vapor quartz lamp) ٹنگسٹن کے قوسی لمپ (Tungsten arc lamp) وغیرہ میں۔ تازہ ہوا بہ افراط دینی چاہیئے۔ کساحت سے شفایابی کے بعد جوارح کے جو تشوہات باقی رہ جائیں، اگر وہ انتہائی درجہ کے ہوں تو اُن کا جراحی علاج کرنا چاہیئے۔

کلوی کساحت (کلوی قزمیت = renal dwarfism) ۔ کم عمر لوگوں میں کلوی وظیفہ کے شدید نقص کے ہمراہ، خون میں بلند فاسفورسی مافیہا پایا جاتا ہے کیلسیم کا عدد اختلاف پذیر ہے، لیکن بہ نسبت فاسفورس کے وہ ہمیشہ پست ہوتا ہے۔ کیلسیم ہڈیوں سے منتقل ہو جاتا ہے، اور خون میں کے نقص کی تلافی کرتا ہے۔ نشوونما کے زمانوں میں ہڈیوں کے برنامی سرے سب سے زیادہ متاثر ہوتے ہیں۔

شعاعیاتی منظر (6) کے لحاظ سے تین قسمیں پائی جاتی ہیں:— (۱) ذبولی

(atrophic) قسم جس میں پوری ہڈی بشمول قشرہ کے، ناقص تکلیس ظاہر کرتی ہے۔ ممکن ہے کسر موجود ہوں۔ (۲) نمو ہوئی (florid) قسم ممیز کساحتی بناصیہ ملتی ہے۔ (۳) مومیں دار نقطہ دار یا شہد کے چھتے کی سی قسم جس میں مبدنا سیہ اس سے گہرا ہوتا ہے کہ جتنا معمولی کساحت میں ہوتا ہے، اور تکاثر کرنے والا غضروف زیادہ بے قاعدہ اور پھٹا ہوا ہوتا ہے۔ مجموعہ کا منظر بسا اوقات پیجٹ (Paget) کے مرض کی یاد دلاتا ہے۔

نشوو نما رک جاتا ہے۔ ثانوی صنفی خصائص تاخیر سے نمو یاب ہوتے ہیں۔ تشنگی اور کثرت بول نمایاں علامات ہیں۔ رنگ پھیکا ہوتا ہے۔ جھری دار چہرہ بچہ کی عمر اس کی اصل عمر سے زیادہ ظاہر کرتا ہے۔ پیشاب پھیکے رنگ کا ہوتا ہے، اس کی کثافت نوعی پست ہوتی ہے، اور اس میں البیومن کا ایک شائبہ پایا جاتا ہے۔ ہڈیوں کے تغیرات خود کو شدید کساحت یا ٹانگوں کے تقوس کی صورت میں ظاہر کرتے ہیں، لیکن زیادہ عام طور پر روح الرکبہ (genu valgum) کی صورت میں۔ آغاز مرض کی عام عمر پانچ سے سات سال ہے، لیکن ولادت پر واقع ہونے والی، یا نہایت دیر میں، یہاں تک کہ سترھویں سال واقع ہونے والی اصابتیں بیان کی گئی ہیں۔ ممکن ہے ہڈیوں میں اندمال واقع ہو جائے، لیکن یہ مرض، یوریا دمویت یا بین رو مرض سے ہمیشہ مہلک ثابت ہوتا ہے۔ یہ رائے دی گئی ہے کہ گردوں کا مرض، احتباس بول کے ساتھ بولی خطہ کے اتساع کا ثانوی نتیجہ ہوتا ہے، لیکن بعض اصابتیں مدرج ہیں کہ جو پیدائشی دویری مرض اور دو جانبی کلوی حصوات کے ہمراہ پائی گئیں، اور تعجب نہیں کہ تمام خطہ بولی پیشاب کا سیلان بڑھ جانے کا ثانوی نتیجہ ہو، جیسا کہ ذیابیطس ملیح میں۔

معمولی ضد کساحتی علاج، فاسفیٹز کے انجذاب کو بڑھا کر حالت کو اور خراب کر دیتا ہے، لہذا یہ ممنوع ہے۔

لینۃ العظام

(osteomalacia: mollities ossium)

یہ بالغوں کا، اور تقریباً خالصتہً عورتوں کا مرض ہے، جو حیاتین د (vitamin D) کی کمی کی وجہ سے ہوتا ہے۔ لہذا یہ کساحت سے قریبی طور پر مماثل ہے۔

بحث اسباب۔ ہندوستان کی لڑکیوں اور عورتوں میں جو دیہات میں آزادانہ طور پر دوڑنے پھرنے کے بعد شادی کے بعد پردے میں بند کر دیجاتی ہیں، اصابتوں کا ایک سلسلہ بیان کیا گیا ہے جو یہ بتاتا ہے کہ کس طرح تاخیر پذیر کساحت (late rickets) جو عموماً بارہ اور سترہ سال کی عمروں کے درمیان ہوتی ہے، لینتِ عظام میں منتقل ہو جاتی ہے، جو بعض اوقات نہایت جلد یعنی سولہ سال کی عمر میں شروع ہو جاتی ہے لیکن ممکن ہے کہ سن یاس کے بعد نمویاب ہو جائے۔ تکزز (tetany) اِن دونوں میں واقع ہوسکتا ہے، اور تاخیر پذیر کساحت اور لینتِ عظام اسی مریضہ میں بہ یک وقت موجود ہو سکتے ہیں (7)۔ لینتِ عظام ۱۹۱۹ء میں وائنا میں بھی دیکھی گئی (8)۔ اِس کے مریض روٹی اور سبزیوں پر اور ساتھ ہی آٹے اور شکر کی قلیل مقداروں، اور کبھی کبھی قدرے سؤر کی چربی کی غذا پر بسر کر چکے تھے، اور یہ یاد رکھنے کے قابل ہے کہ اِسی زمانہ میں کساحت اور تاخیر پذیر کساحت بھی وائنا کے نوعمر بالغوں میں غیر معمولی طور پر عام تھی۔ لینتِ عظام عام طور پر دورانِ حمل میں ہوا کرتی ہے، جب کہ حیاتین د کی کوئی قلت قدرتی طور پر نہایت نمایاں اثر پیدا کر دیتی ہے، یہی وجہ ہے کہ زمانۂ گذشتہ میں اس کے علاج کے لئے بیضین کا استیصال کر دینے کی سفارش کی جاتی تھی۔

مرضی تشریح۔ ممکن ہے کہ ہڈیاں اسقدر نرم ہوں کہ انھیں چاقو سے کاٹا جا سکے یا اُن میں اُنگلی سے گڑھا پڑ سکے۔ تقریباً ساری ہڈی ایک نرم چربیلے تودے یا گودے نما مادے میں متبدل ہو جاتی ہے، بہ استثنا رشاید ٹھوس بافت کے ایک پتلے خول کے جو گرد عظم کے عین نیچے ہوتا ہے۔ یا ممکن ہے کہ خود بہ سرشدہ گرد عظم کے سوائے اور کچھ باقی نہ رہے۔ خوردبین کے نیچے یہ تغیر معلوم ہوتا ہے کہ پہلے ہڈی کی

قدرتی دقیق ساخت میں خلط ملط پیدا ہو جاتا ہے۔ ہیورسی نظامات ایک دوسرے کے ساتھ متحد ہو جاتے ہیں، اور پھر ایک قنال کے گرد کے اندرونی ترین حلقوں سے ملحات کا انجذاب واقع ہوتا ہے، چنانچہ جرم جیلاتینی اور شفاف ہو جاتا ہے۔ جیسے جیسے یہ تغیر اِس سے بھی باہر کے حلقوں میں واقع ہوتا ہے، اندرونی ترین حلقے بالکل جذب ہو جاتے ہیں، حضر یزے بھی اپنی شکل و جسامت بدل دیتے ہیں، اور بالآخر ہیورسی نظامات تلف ہو جاتے ہیں۔ ہڈی اسفنجی اور مسامدار ہو جاتی ہے (مسامیت عظام = osteoporosis) اور کلانی یا فتہ لبتی فضائیں ایسے گودے سے پُر ہو جاتی ہیں، جو شحمی یا ملف آسا ہوتا ہے، اور جس میں عنفر یتی خلیات اور عظمی نامصنات ہوتے ہیں۔ اس میں تازہ نزف ہوتے ہیں اور لون پایا جاتا ہے جو خون کے ماسبق انصبابات سے پیدا ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ بعض مقامات میں لُبّ جیلاتینی یا آبی ہو۔ ہڈیوں کے کیمیائی تجزیہ سے ظاہر ہوتا ہے کہ غیر نامیاتی اجزا ۶۰ فی صدی سے گھٹ کر ۳۰ فی صدی ہو جاتے ہیں۔

علامات۔ پہلی علامت درد ہے، جو خاص کر قطنی عجزی خطے اور کولھوں میں محسوس ہوتا ہے اور نیچے ٹانگوں میں، ریڑھ کی ہڈی میں، اور پسلیوں میں پھیل جاتا ہے، اور کبھی کبھی جوارح بالا میں بھی لیکن ایسا نسبتۃً کم ہوتا ہے۔ دابنے سے ہڈیاں الیم پائی جاتی ہیں، اور حرکت کرنے پر بہت درد ہوتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ چال ممیز طور پر اکڑی ہوئی اور بطخ کی طرح ہوتی ہے، اور مریضہ حتی الامکان ہاتھوں کا استعمال زیادہ کرتی ہے تاکہ اُسے حرکت کرنے میں مدد ملے۔ وہ نڈھال رہتی ہے، اس کا کوئی کام کرنے کو جی نہیں چاہتا اور عضلی کمزوری بہت ہوتی ہے۔ چلنے میں دقت ہونے کی وجہ سے وہ صاحب فراش ہو جاتی ہے۔ مفاصل میں درد نہیں ہوتا۔ رفتہ رفتہ مریضہ کی شکل و شباہت میں تغیر دیکھا جاتا ہے، اور عمود الفقرات کے گول ہو جانے یا جوارح کے جھک جانے کی وجہ سے اس کا قد چھوٹا ہو جاتا ہے۔ پھر کسی دن بلا کسی ظاہر سبب کے، یا خفیف سا زور پڑنے پر ایک ہڈی ٹوٹ جاتی ہے۔ بالعموم یہ کسر محض ناقص طور پر مندمل ہوتا ہے، اور بالآخر دوسری ہڈیاں ٹوٹ جاتی ہیں۔ مزید برآں لمبی ہڈیاں حیرت ناک درجہ کی خم پذیری ظاہر کرتی ہیں، چنانچہ وہ نہایت

عجیب عجیب وضعوں میں خمیدہ ہو سکتی ہیں، اور زیادہ او پری ہڈیوں میں اُنگلی سے گڑھا پڑ سکتا ہے ۔ پسلیوں کی نرماہٹ کی وجہ سے صدر مشوّہ ہوتا ہے، جس کی وجہ سے بہر واقع ہو سکتا ہے ۔ شاذ اصابتوں میں کھوپری کی ہڈیاں نرم ہو سکتی ہیں ۔ تکز زبھی واقع ہو سکتا ہے ۔

مرض کی رفتار مزمن ہوتی ہے اور وہ عموماً پانچ سے دس سال تک جاری رہتا ہے ۔ موت اکثر اس طرح واقع ہوتی ہے کہ ہڈیوں کی نرماہٹ کے باعث تنفس میں وقت ہو کر خستگی پیدا ہو جاتی ہے ، یا موت شُعبی ذات الریہ کا نتیجہ ہوتی ہے جس کے وقوع میں تشوہ ممد ہوتا ہے ۔ بعض اوقات موت زچگی کے دوران میں اس وجہ سے واقع ہو جاتی ہے کہ ٹیڑھے (منقار وار = rostrate) حوض میں جنین کے گزرنے میں تسدد واقع ہوتا ہے ۔

تشخیص ۔ اُس وقت جب کہ ہڈیوں میں تغیرات ظاہر ہو چکے ہوں یہ مشکل نہیں ہوتی ۔ اِس سے پہلے کے علامات پر ریثیت کا غلط گمان ہو سکتا ہے ۔ خود بخود واقع ہونے والے کسور ہڈیوں کے لحمی سلعہ (sarcoma)، سرطانی سلعہ (carcinoma)، لیفی دویری مرض (fibrocystic disease)، اور متعدد لبی سلعہ (multiple myeloma) میں بھی پائے جاتے ہیں ۔

علاج ۔ حیاتین د دینی چاہئے، اسی طرح جس طرح کہ کساحت کے عنوان کے تحت بیان کیا گیا ہے ۔

حوالہ جات

588

References

1	H. N. Green and E. Mellanby ..	1928	*Brit. Med. Journ.*, ii., p. 691.
2	H. Chick, E. J. Dalyell, M. Hume, H. M. M. Mackay and H. Wimberger ..	1922	*Lancet*, i., p. 7.
3	N. Burgess and A. A. Osman ..	1924	*Lancet*, i., p. 281.
4	D. B. Blacklock ..	1924	*Brit. Med. Journ.*, i., p. 1046.
5	K. F. Wenckebach ..	1928	*Lancet*, ii., p. 265.
6	L. G. Parsons ..	1927	*Arch. Dis. Child.*, 2, p. 5.
7	Grace Stapleton ..	1925	*Lancet*, i., p. 1119.
8	E. J. Dalyell and H. Chick ..	1921	*Lancet*, ii., p. 842.
9	E. Mellanby ..	1926	*Brit. Med. Journ.*, i., p. 515.
	M. Mellanby and C. L. Pattison	1928	*Brit. Med. Journ.*, ii., p. 1079.
10	A. Ellis and H. Evans	1933	*Quart. Journ. Med.*, ii., p. 231.
11	T. Redman ..	1929	*Biochem. Journ.* 23, p. 256.
12	C. Funk ..	1912	*Journ. State Medicine*, 20, p. 341.
13	W. H. Wilson ..	1921	*Journ. Hygiene*, 22, p. 1.

584

بعض مزمن تسمم

الکحلیت

(ALCOHOLISM)

حاد الکحلیت ۔ بدمستی یا مخموری کے علامات جو الکحل کی بہت زیادہ مقدار لینے سے پیدا ہوجاتے ہیں سب کو معلوم ہیں' اور جب الکحل نظامِ جسم میں سے گزر جاتی ہے تو یہ عموماً رفع ہوجاتے ہیں ۔ تاہم کبھی کبھی شراب کی بڑی مقداروں کے لینے سے ان لوگوں میں جو کہ اس کے عادی نہیں ہوتے مہلک نتیجہ پیدا ہوسکتا ہے ۔ اس سے پہلے کہ یہ ہوئے بے ہوشی طاری ہوجاتی ہے' پتلیاں سست یا غیر متحرک' اور عموماً پھیلی ہوئی ہوتی ہیں' نبض صغیر' جلد سرد اور چپچپی' اور تنفس شخیری ہوتا ہے' اور بعض اوقات ہذیان یا تشنجات طاری ہوجاتے ہیں ۔ نہایت ادنیٰ اندرونی تپشوں کا اندراج ہوا ہے' گویا کہ مریض گھر سے باہر کھلا ہوا پڑا تھا ۔

بعض اوقات الکحل کی مقابلتہً تھوڑی مقداروں کے ادخال سے' بالخصوص حساس اشخاص میں' غیر معمولی تعاملات' مثلاً وحشیانہ جوش وخروش اور تشدد (هذیان السکاری=mania a potu) کا ظہور ہوتا ہے ۔

مئے مانیا (dipsomania) ایک نوبتی کثرت شراب نوشی ہے' جس میں ایسے اشخاص مبتلا ہوتے ہیں جو درمیانی وقفوں میں اعتدال سے شراب پیتے بلکہ اس سے قطعی محترز رہتے ہیں ۔ بعض اوقات کثرت شراب نوشی کے متوالی حملے انبساطی انخفاضی داء النفس (manic-depressive psychosis) کی ہیئتوں کا علامتی اظہار ہوتے ہیں ۔ کبھی یہ حملے صرعی واردہ (episode) کی علامت ہوتے ہیں ۔ لیکن بیشتر اوقات یہ ایک غیر مستقل مزاج وارالنفسی مریض کی مجیبیت کے آئینہ دار ہوتے ہیں

جو خانگی مشکلات یا کاروباری مشکلات یا اپنے ذاتی معاملات میں اور طرح کی مشکلات سے تنگ آ کر وقتاً فوقتاً پینے لگتا ہے۔ درمیانی وقفوں میں مریض عموماً یہ خوب جانتا ہے کہ اس نے بہت کثرت کے ساتھ شراب پی ہے' لیکن ممکن ہے کہ وہ اس کا اعتراف کرنے سے انکار کرے' یا مبہم طریقہ سے اعتراف کرے۔ اسی وجہ سے علاج مشکل ہوتا ہے۔

مزمن الکحلیت۔ اس کے اثرات بقیہ فصل میں بیان کئے گئے ہیں۔

مرضی تشریح ۔ مزمن الکحلیت میں دماغ کی جھلیاں عموماً غیر شفاف اور دبیز ہوتی ہیں' اور عصبی خلیوں اور ریشوں کے ضیاع کی وجہ سے تلافیف افسردہ اور مذبول ہو جاتے ہیں۔ محیطی اعصاب کے التہاب (peripheral neuritis) اور کبدی کہبت (hepatic cirrhosis) وغیرہ میں جو تغیرات پائے جاتے ہیں' دوسری جگہ بیان کئے گئے ہیں۔ ھذیان سکاری (delirium tremens) اور حاد الکحلیت سے ہلاکت میں دماغی امتلا کے ساتھ چھوٹے قشری نزفات ہوتے ہیں۔ مزمن الکحلیت سے مختلف اعضا میں تغیر پیدا ہو سکتے ہیں' یعنی التہاب اعصاب محیطی' کورسکو (Korsakow) کا علامتیہ (ملاحظہ ہو صفحہ 653)' التہاب رماد الدماغ (polioencephalitis)' مزمن التہاب معدہ' کہبت جگر' عضلی قلبی مرض' صلابت الشریان' اور اولی منقبض گردہ۔ یہ امراض کسی دوسری جگہ بیان کئے گئے ہیں۔

ہذیان سکاری

(delirium tremens)

یہ عموماً اُن لوگوں میں ہوتا ہے جو عادتاً آزادانہ طور پر پیتے ہیں' اور بالخصوص شراب خوری کے ایک شدید دَور کے بعد ہوتا ہے۔ نیز اس کے علامات اُن اشخاص میں جن میں طویل کثرتِ شراب نوشی کی وجہ سے غیر معمولی برداشت پیدا ہو چکی ہے' شراب کے ناگہانی پرہیز سے' یا کسی ایسی چوٹ سے جیسے کہ ہڈی کے کسر' یا ذات الریہ یا دوسرے حاد مرض کے حملہ سے' یا کسی دماغی صدمہ سے پیدا ہو سکتے ہیں۔

علامات ۔ ابتدائی علامات اچاٹ نیند' بے چینی' چڑچڑاپن' اور عدم اشتہا

ہیں ۔ اور اُچاٹ نیند کے ساتھ بُرے خواب اور کسیقدر ہذیان ہوتا ہے ۔ صبح کے وقت ممکن ہے کہ مریض صاف طور پر ماحول شناخت کر سکے، لیکن رات کے وقت اس پر ہذیانی کیفیت طاری ہو جاتی ہے ۔ دوسرے دن ہذیان جاری رہتا ہے اور اپنے مخصوص و ممیز خصائص ظاہر کرتا ہے ۔ مریض متواتر بولتا رہتا ہے اور یا تو اپنے آس پاس کے لوگوں سے خطاب کرتا ہے یا توہمات کا جواب دیتا ہے ۔ وہ اپنے کاروبار کے متعلق گفتگو کرتا ہے (کاروباری ہذیان =occupation delirium) ۔ بار بار ایک موضوع کو
585 بدل کر دوسرا موضوع اختیار کرتا ہے ۔ ممکن ہے کہ ایک لمحہ کے لئے اُس کی توجہ حاصل ہو جائے لیکن وہ پھر جلد بے توجہ ہو جاتا ہے ۔ ممکن ہے کہ وہ بستر سے اُٹھنے کی کوشش کرے یا بستر کے کپڑے اِدھر اُدھر کھینچے ۔ اس کے ساتھ ہاتھوں کی نمایاں لرزش ہوتی ہے، بالخصوص حرکت کرنے پر؛ اور جب وہ بولتا ہے تو لب اور زبان میں لرزہ ہوتا ہے ۔ جوں جوں حالت خراب تر ہوتی جاتی ہے اُسے نہایت معیّن توہمات اور التباسات ہوتے ہیں ۔ وہ کمرے میں کی چیزوں یا دیوار کے کاغذ پر کی شکلوں کو جانور یا کیڑے سمجھتا ہے ۔ اسے ہمیشہ بلیاں، کتے، چوہے، چوہیاں، یا کالے بھونرے اُس کے پیچھے دوڑتے ہوئے یا بستر پر اِدھر اُدھر رینگتے ہوئے نظر آتے ہیں ۔ وہ بستر کے نیچے یا پردوں کے پیچھے دیکھتا ہے، یا کسی پاس کھڑے ہوئے شخص کے پیچھے ٹکٹکی لگا کر جھانکتا ہے، اور اس کو آس پاس کے لوگوں سے تضرر پہنچنے کا شبہ رہتا ہے ۔ ممکن ہے کہ وہ کسی ایسے غلط خیال سے متاثر ہو کر پاس والوں کو مار دے ۔ لیکن عموماً تشدد کی کوشش نہیں موجود ہوتی ۔

ذہنی اور عضلی اختلال کے ساتھ دوسرے علامات بھی ہوتے ہیں ۔ چہرہ سرخ تمتمایا ہوا، ملتحمات سرخ اور متدمع، اور زبان پر فرکی موٹی تہ ہوتی ہے اور جوں جوں مرض ترقی کرتا ہے زبان خشک ہو جاتی ہے ۔ نبض سریع، لیّن، ابتداءً ممتلی، اور بعد میں صغیر و ضعیف ہوتی ہے ۔ تپش ۱۰۲ درجہ یا ۱۰۳ بلند ہو جاتی ہے، اور کبھی کبھی تپ مفرط موجود ہوتی ہے (۱۰۶ درجہ یا زائد) ۔ جلد عموماً تر ہوتی ہے، بلکہ اس میں سے بافراط پسینہ نکلتا ہے ۔ البیومن بولیت موجود ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ جلد ہی عصب بصری کے التہاب (optic neuritis) کے علامات پیدا

ہو جائیں۔

تیسرے دن کے خاتمہ کے قریب امید افزا اعابتوں میں بہت استمرار کے ساتھ، مریض کی حالت میں اصلاح نظر آتی ہے۔ اب تک نیند بالکل نہ تھی لیکن اب مریض سو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ آٹھ یا دس گھنٹے تک سوتا رہے، اور وہ بہت تازہ دم ہو کر جاگتا ہے، ہذیان اور لرزہ کم ہو جاتا ہے، اور بتدریج ہر لحاظ سے اصلاح نظر آتی ہے۔ زیادہ خطرناک اعابتوں میں نبض سریع وضعیف، اور مریض منبطح ہوتا ہے۔ وہ بڑبڑاتا ہوا اور نیم قوماز وہ حالت میں پشت کے بل پڑا ہوا ہوتا ہے۔ موت خستگی سے، فشل قلب سے (اور یہ بعض اوقات ناگہانی ہوتا ہے) یا ذات الریہ سے واقع ہو جاتی ہے۔

تشخیص ۔ ہذیان سکاری سے عمومی شلل مجانین (general paralysis of the insane) کی مشابہت ہو سکتی ہے۔ آخر الذکر مرض کے بعض طبیعی امارات، مثلاً حدقات آرگائل رابرٹسن (Argyll-Robertson pupils)، بعض اوقات مزمن الکحلیت میں موجود ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو التہاب رمادالدماغ (polio-encephalitis) ۔ لیکن عمومی شلل مجانین کا مکمل علائمیہ نہایت شاذ ہوگا، اور بہرحال دماغی نخاعی سیال کے امتحان سے تشخیص کا قطعی فیصلہ ہو جانا چاہیئے۔

علاج ۔ مریض کو ایک تاریک کمرے میں حتی الامکان خاموش رکھنا چاہیئے اور وہاں ملاقاتی نہ آنے پائیں۔ اگر الکحل مقدار کثیر میں حال ہی میں لی گئی ہے، تو اس کو معدی نلی کے ذریعہ نکال ڈالنا چاہیئے۔ چونکہ الکحل کا اثر آکسیجن کو جوئے خون سے بافتوں میں منتشر ہونے سے روک دیتا ہے اور اس طرح بافتوں میں آکسیجن کا دباؤ گھٹا دیتا ہے، لہذا آکسیجن کا استنشاق، نقاب یا خیمہ کے ذریعہ، کرانے کی ضرورت ہے اور اس سے ہذیان کو موقوف کیا جا سکتا ہے۔ یہ امر اہم ہے کہ مریض کو نیند خوب آئے، جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 23) بعض اوقات اس وقت جب کہ منومات تنہا بے کار ہوتے ہیں، الکحل کی تھوڑی مقدار کی اجازت دینے سے نیند آجائے گی۔ آنتوں کا فعل موثر طور پر ہونا چاہیئے۔

الکحلی وہمیت (alcoholic hallucinosis) یا تو ہذیان سکاری کا نتیجہ

ہوتی ہے، یا مزمن الکحلیت کے مریض میں از خود نمودار ہو جاتی ہے مریض اپنے ماحول کو اچھی طرح پہچانتا ہے اور اس کے عقلی اور مجمع الحواسی افعال عملی طور پر صحیح و سالم رہتے ہیں لیکن زیادہ تر سمعی وہمیت ہوتی ہے، بالعموم ایذا رساں قسم کی جس میں ہم صنفیت کی آمیزش ہوتی ہے۔ دوسرے حواس کے توہمات بھی موجود ہوتے ہیں بالخصوص بوئیں اور لمسی فساداتِ حس جن کی تاویل سمعی توہمات کے مافیہا کے موافق کرلی جاتی ہے۔ اکثر ان سمعی توہمات میں ماحول کی کسی حقیقی آواز کی لے موجود ہوتی ہے، نیز اکثر مریض کو ایسا معلوم ہوتا ہے کہ گویا لوگ براہ راست خود اسکے ساتھ گفتگو نہیں کرتے بلکہ اس کے متعلق کرتے ہیں۔ توہمات اپنی ایذا رساں نوعیت کی وجہ سے کسقدر ڈر پیدا کرتے ہیں اور ان سے بچنے کے لئے بعض اوقات خودکشی کا اقدام کیا جاتا ہے۔

بالعموم اس حالت کا حملہ عموماً حاد ہوتا ہے، اور ہفتوں یا مہینوں کے بعد اکثر کامل شفا ہو جاتی ہے۔ اس میں شبہ ہے کہ یہ حالت کہاں تک الکحلیت کا نتیجہ ہے۔ بہت سی اصابتوں میں یہ زیادہ تر مریض کی شخصیت ہی کا نتیجہ ہوتی ہے اور اغلب ہے کہ الکحلیت اور توہمات دونوں ہی مریض کی شخصیت کا علامتی نتیجہ ہوں۔

586 توہماتی مافیہ کی خلاف معاشرتی نوعیت اور مریض کے رویہ پر اس کا اثر ابتدائی درجوں میں خودکشی کی ممکنہ کوشش، نیز تحریک رساں الکحل سے پرہیز کی ضرورت، یہ جملہ امور مریض کے تیمارداروں کی کڑی نگرانی میں، عموماً دماغی امراض کے شفاخانہ میں رکھے جانے کی ضرورت ظاہر کرتے ہیں۔

مزمن الکحلیت

(chronic alcoholism)

علامات۔ عصبی نظام پر زہر کے اثرات کی پہلی دلالت عضلی لرزش ہے۔ ہاتھ کانپتے ہیں اور جب زبان باہر نکالی جائے تو اس میں لرزہ ہوتا ہے ۔ مریض بے چین اور چڑچڑا ہوتا ہے، اسے نیند اچھی نہیں آتی اور بیدار ہونے پر تازہ دم

نہیں ہوتا اور انبطاح کا احساس ہوتا ہے جس کی وجہ سے اُسے فی الفور محرکات کے استعمال کی ترغیب ہوتی ہے۔ اکثر اوقات اُسے جی ڈوبا جانے کی شکایت ہوتی ہے، جس کو رفع کرنے کے لئے وہ سمجھتا ہے کہ اُسے اپنے مرغوب مشروب کی تازہ مقدار لینے کی ضرورت ہے۔ جوں جوں حالت ابتر ہوتی جاتی ہے مریض کوئی مسلسل دماغی محنت کرنے کے ناقابل ہوتا جاتا ہے۔ سادہ ترین کاروباری معاملہ کے لئے بھی اُسے پہلے ایک گلاس پی لینے کی ضرورت ہوتی ہے۔ حسی اختلالات بھی موجود ہو سکتے ہیں، جیسے کہ سر میں جھنجھناہٹ اور ریلنے کی آوازیں، دوران سر، ترمرے (muscæ volitantes) روشنی کی چنگاریاں، یا منتشر درد سر۔ ممکن ہے کہ ٹانگوں میں شدید وجع العصبی درد ہوں، جو شاید التہاب عصب کے ابتدائی امارات ہوتے ہیں۔ آخری درجوں میں ذہن خطرناک طور پر متاثر ہوجاتا ہے۔ قوت فیصلہ، عقلی استعداد، قوت ارادی، اور اخلاقی حس یہ سب کمزور پڑجاتے ہیں۔ اپنے خاندان والوں کے متعلق بے پروائی کا اظہار، حقیقی بے رحمی، صنفی بداطواری، چڑچڑاپن جو وحشیانہ انفجار پیدا کردے، کاروباری معاملات میں ناکارکردگی اور بے توجہی اور اپنی حالت کا صحیح اندازہ کرنے میں غلطی یا بے پروائی، یہ سب مزمن الکحلیت کے مریض کے ممیز خصائص ہوتے ہیں۔ رشک وحسد کے خیالات اور اپنی بیوی کی ناپاکبازی کا حقیقی اختباط بھی عام ہوتا ہے۔

پہلی علامتوں کے وقوع کے ساتھ اکثر معدے کے افعال میں خلل پیدا ہوجاتا ہے۔ مریض بستر سے اُٹھتے ہی قے کرتا ہے، کوئی ناشتہ نہیں کرسکتا، اور اُس کی بھوک عموماً کم ہوتی ہے۔ زبان فردار اور سانس بدبودار ہوتی ہے۔ آنکھیں متدمع ہوتی ہیں، اور ممکن ہے کہ چہرے پر زرد رنگت ہو۔ رفتہ رفتہ گالوں کی باریک وریدیں پھیل جاتی ہیں، ناک موٹی اور سرخ ہوتی ہے، اور بعض اوقات گلابی تفطیر (rosacea) نمودار ہوجاتی ہے۔ چہرہ زیادہ زیادہ پھولا ہوا ہوتا جاتا ہے اور تمدد وریدوں کے ساتھ کلف زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔

متذکرۂ بالا امراض کے علاوہ جو براہ راست الکحل سے پیدا ہوجاتے ہیں، اس کا امکان ہوتا ہے کہ یہ مریض کسی حاد مرض، جیسے کہ ذات الریہ یا سرخ بادہ سے بہت جلد ہلاکت کا نشانہ بن جائیں۔

علاج۔ عموماً مریض یہ چاہتا ہے کہ شراب کے بارے میں اس سے اعتدال کی سفارش کی جائے نہ کہ کامل پرہیز کی۔ مگر صرف کامل پرہیز ہی وہ اصول ہے جو اُسے الکحلیت سے باز رہنے کا موقع دے گا۔ ایسے شفاخانہ یا تیمارخانہ میں چند ماہ کا قیام کہ جہاں طبیب کو یقین ہو سکتا ہو کہ الکحل میسر نہیں ہو سکتی، پرہیز کی عادت شروع کرنے کا موقع پیدا کرتا ہے۔ اس کے ساتھ ہی طبیب کو چاہیئے کہ اس مسئلہ پر نفسیاتی علاج کے نقطۂ نظر سے بھی غور کرے۔ اس سے مریض کو یہ سکھلایا جا سکتا ہے کہ اسے الکحل لئے بغیر اپنی مشکلات کا کس طرح مقابلہ کرنا چاہیئے۔ اگر یہ نہ سکھایا جا سکے تو شراب نوشی کے معاشرتی یا دوسرے موقعوں کو محدود کر دینا اہم ہے۔ چنانچہ دیکھا گیا ہے کہ ایک مخصوص شفاخانہ میں نفسیاتی علاج کے نصاب کے بعد اس قسم کے مریض جب کام پر واپس آتے ہیں اور ان کے مشاغل بدل دیئے جاتے ہیں تو وہ شراب سے محترز رہتے ہیں۔ جب مریض ہر قسم کے اشتراک عمل سے انکار کر دے تو الکحلیت کا علاج ناممکن ہو جاتا ہے، کیونکہ بہ استثنائے نہایت ترقی یافتہ درجوں کے مریض اس قابل ہوتا ہے کہ ملاقات کے وقت معمولی رویہ ظاہر کرے لہذا اُس کے مجنون ہونے کا صداقت نامہ دینا غیر ممکن ہوتا ہے۔

الکحلی جنّتِ کاذب (alcoholic pseudoparanoia) عموماً ایک انشقاق الذہنی (schizophrenic) واء النفس ہے، جس میں الکحلیت کی سرگذشت پائی جاتی ہے۔ کورسکو (Korsakow) کا علائمیہ کسی دوسری جگہ بیان کیا گیا ہے۔

تسمم کاربن مان آکسائڈ

(CARBON MONOXIDE POISONING)

آج کل کوئلہ کی گیس (coal gas) خودکشی کا ایک مقبول و پسندیدہ ذریعہ ہے۔ کوئلہ کی گیس کا استنشاق کرنے کے فوری اثرات دردِ سر، متلی اور قئے ہیں، جس کے بعد نظر کا بڑھتا ہوا دھندلاپن، اور پھر حاد عضوی ذہنی تعامل (mental reaction) یعنے ہذیان اور قوما واقع ہوتا ہے۔ ممکن ہے وسیع دردناک احمراری قطعات موجود ہوں۔ اگر موت

نہ واقع ہو تو عموماً کامل شفا ہو جاتی ہے، لیکن بعض اصابتوں میں، عموماً چند دنوں یا ہفتوں کی ظاہری شفایابی کے بعد ایک مزمن عضوی تعامل واقع ہوتا ہے، یعنی حافظہ بڑی حد تک جاتا رہتا ہے، توجہ ناقص ہو جاتی ہے، بصیرت چلی جاتی ہے اور رویہ خراب ہو جاتا ہے اس کے بعد ماسکی عصبیاتی آمارات (focal neurological signs) اور محیطی التہاب الأعصاب نمودار ہو سکتے ہیں۔ مزمن تسمم میں، جیسا کہ ان آدمیوں میں ہوتا ہے جو کہ گیس کے لپیٹ از نکازات میں طویل مدتوں تک منکشف رہتے ہیں مثلاً انجن خانوں (garages) میں کام کرنے والوں میں، خون کے ہیموگلوبن اور سرخ خلیات میں تعویضی زیادتی واقع ہوتی ہے۔

امراضیات ۔ حاد درجوں میں CO۔ ہیموگلوبین کے ساتھ اس کا مخصوص ومميز طیف پیدا ہوتا ہے۔ دماغ میں نزفات واقع ہوتے ہیں۔ قلب، عضلہ، جگر اور دوسرے اعضا میں امتلاء، نزف کے ہمراہ یا اس کے بغیر، اور خلیات کا انحطاط، ذبول واقع ہوتا ہے، اور یہ تغیرات آکسیجن کی احتیاج کا نتیجہ ہیں۔

علاج ۔ حاد درجہ میں یہ ہے کہ آکسیجن دی جائے جس میں ۵ فیصد CO_2 کا آمیزہ شامل ہو، یا تنہا آکسیجن دی جائے۔ اس میں شک نہیں کہ کاربن ڈائی آکسائیڈ کا اضافہ حقیقتہً اہم ہے۔ اگر میسر ہو تو آکسیجنی خیمہ دینا چاہئے۔ اگر ضرورت پڑے تو مصنوعی تنفس استعمال کرنا چاہئے، حتی الامکان اس آلہ کے ذریعہ جو کہ دوسری جگہ بیان کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 44)۔

رصاصی تسمم

(LEAD POISONING)

رصاصیت (plumbism)

یہ اُن لوگوں میں واقع ہوتا ہے جنہیں رصاص یا رصاصی ملحات سے واسطہ پڑتا ہو، خواہ ان اشیا کی تیاری میں یا اُن صنعتوں میں جن میں ان کا استعمال کیا جاتا ہو۔ اس قسم کی صنعتیں طباعت، سیسہ کا کام (plumbing)، ٹائپ ڈھالنا، ٹائپ جما

چینی کے ظروف یا ظروف گلی کی جلا کاری، گھروں کی نقاشی، اور برقی جامعات (electric accumulators) کی صنعت میں۔ نیز گھر کے نلوں یا خزانوں سے نوشیدنی پانی میں سیسہ کی آمیزش ہو کر یہ اتفاقی طور پر پیدا ہو جاتا ہے۔ یہ آمیزش اس وقت ہوتی ہے جب کہ پانی سخت نہ ہو بلکہ نرم ہو۔ رصاصی تسمم اُس وقت بھی واقع ہو جاتا ہے جب کہ سیسہ کا استعمال ایک مسقط الحمل کے طور پر کیا جائے۔ وہ نظامِ جسم کے اندر تنفسی مخاطی اغشیہ، غذائی قنال یا نہایت عام طور پر جلد کی راہ سے داخل ہوتا ہے۔ لیگی اور گوڈبی (Legge and Goadby) نے بتلا دیا ہے کہ اول الذکر راستہ نسبتہً بہت زیادہ عام ہے، اور لحاتِ رصاص (lead salts) کا استنشاق باریک سفوف کی صورت میں کیا جاتا ہے، مثلاً مصوروں (painters) میں اُس وقت جب کہ وہ پرانے وائٹ لیڈ (white lead) کے رنگ کو کھرچ ڈالنے کی ابتدائی کارروائی عمل میں لا رہے ہوں۔ رصاصی تسمم سے اثر پذیری بہت مختلف ہوتی ہے۔ مردوں کے نسبت عورتیں زیادہ اثر پذیر ہوتی ہیں۔ فاقہ کشی، خراب صحت، سردی میں تکشف، اور کثرت شراب نوشی، نیز نقرس، آتشک، یا گردے کے مرض کی ماسبق موجودگی، اس کے حملے کا امکان زیادہ کر دیتی ہے۔

امراضیات۔ سیسہ پھیپھڑوں کی راہ سے جذب ہونے کے بعد خون کے اندر کولائڈی لیڈ فاسفیٹ (colloidal lead phosphate) کی شکل میں دورہ کرتا ہے۔ پھر وہ فاسفیٹ کی صورت میں ہڈیوں میں اور نسبتہً بہت کم مقداروں میں دوسری بافتوں کے اندر مذخور ہو جاتا ہے۔ جب وہ غذائی خطے کی راہ سے جذب ہوتا ہے تو اُس کی کسیقدر زیادہ مقدار اہی جگر کے اندر پائی جاتی ہے، کیونکہ یہ سیسہ وہاں بابی دورانِ خون کی راہ سے منتقل ہو کر پہنچتا ہے۔ سیسہ کا اخراج خاص کر غذائی خطے کی راہ سے ہوتا ہے، اور صفرا اُس کا ایک اہم حامل ہوتا ہے، کیونکہ جگر سیسہ کا افراز صفرا کے اندر کر دیتا ہے۔ سیسہ گردوں سے بھی پیشاب کے اندر خارج ہوتا ہے۔

علامات۔ حاد تسمم سیسہ کی بڑی مقداروں کے ناگہانی ادخال کے

بعد واقع ہو سکتا ہے ۔ اس کے علامات یہ ہوتے ہیں :۔ دردِ شکم، قے، اسہال، کمزوری اور بہوطا اور ممکن ہے کہ اتلافِ خون کی وجہ سے حاد عدم دمویت ہو ۔ مزمن تسمم میں چار ابتدائی علامتیں ہوتی ہیں؛ یعنے جلد کا شحوب، رصاصی خط، منقط اساس پسندی اور ثانوی عدم دمویت ۔

مسوڑھوں پر نیلا خط یا رصاصی خط ایک خاص تشخیصی اہمیت رکھتا ہے، جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ سیسہ نظامِ جسم کے اندر داخل ہو گیا ہے ۔ یہ ایک سیاہ سلیٹ کے رنگ کا یا باریک نقطے دار خط ہے، جو دانتوں کے قریب بن جاتا ہے یا تو فی الحقیقت مسوڑھے کی کور پر یا عین اُس کے آزاد حاشیہ کے اندر لیکن یہ گال کے اُس حصے میں بھی ہو سکتا ہے جو دانتوں کے مقابل ہوتا ہے ۔ یہ عروق کے گرد کی بافتوں میں سلفائڈ آف لیڈ (sulphide of lead) کے جماؤ سے بنتا ہے ۔ یہ سیسہ اور اِس گندھک کے اتحاد سے پیدا ہوتا ہے جو کہ مسوڑھے کی کور پر کی البیومینی شئے (جو جزءً "ٹارٹر" میں موجود ہوتی ہے) میں سے حاصل ہوتی ہے ۔ جہاں دانت موجود نہیں ہوتے یہ نیلا خط نہیں ہوتا، نیز اُس وقت بھی نہیں ہوتا جب کہ دانت غیر معمولی طور پر صاف ہوں ۔ یا ممکن ہے کہ وہ مسوڑھے کے اُنھیں حصوں میں نظر آئے جو دانتوں کے درمیان اُٹھے ہوئے ہوتے ہیں ۔ یہ نیلا خط رصاصیت کی کسی دوسری علامت کے بغیر بھی موجود ہو سکتا ہے ۔ نظامِ جسم کے اندر سیسہ کا ادخال بالکل موقوف ہونے کے بعد یہ خط آٹھ دن سے لے کر تین ماہ تک بلکہ اِس سے بھی زیادہ طویل عرصہ تک باقی رہتا ہے ۔ رصاصی خط میں اور اُس نیلی بدرنگی میں جو جو فیسزی ریمی سیلان (pyorrhœa alveolaris) کے نمایاں درجہ کے ساتھ ہوا کرتی ہے، فرق کرنا چاہئے ۔ 588

منقط اساس پسندی رصاصی تسمم کی ابتدائی ترین امارات میں سے ایک امارت ہے ۔ سیسہ کی تاثیر یہ ہوتی ہے کہ نسبتہً نوعمر حیات کے اساس پسند جرم سے ذرات بن جاتے ہیں ۔ تمام سرخ خلیوں کی پوششی جھلی میں بھی لیڈ فاسفیٹ (lead phosphate) جم جاتا ہے، اور اِس سے وہ سکڑ جاتے ہیں اور اُن کی نفوذپذیری کم ہو جاتی ہے، نیز زیر تفششی مائع محلولات سے ان کا تقصف کم ہو جاتا ہے ۔ باوجود اِسکے

یہ جھلی اسقدر بھربھری ہوتی ہے کہ دورانِ خون میں خفیف سے ضرب سے خلیئے زیادہ آسانی کے ساتھ ٹوٹ پھوٹ جاتے اور ثانوی عدم دمویت پیدا کر دیتے ہیں، اور شدید عدم دمویت کی حالت میں خلوی لاتساوی، بوقلموں خلویت اور متعدد الوان پذیری موجود ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ معتدل ابیض خلویت موجود ہو جس میں لمفی خلیئے، بڑے یک نواتی خلیئے اور ایوسین پسند خلیئے تعداد میں زیادہ ہو جاتے ہیں۔

مرض کے کسی بھی درجہ میں حاد حوادث یا سمی واردات واقع ہو سکتے ہیں، جیسے کہ قولنج، شلل، مرض الدماغ (encephalopathy)، اور بصری اضرار (optic lesions)، اور دوسرے تغیرات جو مزمن رصاصی تسمم میں پائے جاتے ہیں بتدریج قایم ہو جاتے ہیں، اور ان کا بیان بھی درج ذیل ہے۔

رصاصی قولنج (lead colic) ۔ یہ معوی قولنج کی ایک شکل ہے۔ کچھ عرصہ تک خراب صحت رہنے کے بعد، جس میں اکثر متلی، قے اور ہمیشہ ہی قبض ہوا کرتا ہے، مریض کے شکم کے زیریں حصہ میں یا ناف کے مقام پر شدید تشنجی درد کا حملہ ہوتا ہے۔ مریض سرد اور شاحب اور اکثر پسینہ سے شرابور ہو جاتا ہے۔ حملہ کے دوران میں عضلات شکم سکڑ جاتے ہیں، اور بہت سی اصابتوں میں زور سے دبانے سے درد میں کسیقدر تخفیف ہو جاتی ہے، لیکن اکثر شکم الیم ہوتا ہے اور عموماً بازکشیدہ ہوتا ہے۔ امتحان کرنے پر آنتیں سکڑی ہوئی محسوس ہو سکتی ہیں، اور وہ شکم کے مختلف حصوں میں ناہموار تودے سے بنا دیتی ہیں۔ بعض اوقات قے ہوتی ہے، اور آنتوں میں تقریباً ہمیشہ قبض ہوتا ہے۔ درد کچھ عرصہ تک کم ہو کر پھر ہو جاتا ہے، اور ایک سے لے کر تین یا چار دن میں عموماً رفع ہو جاتا ہے۔ یہ درد اسطرح پیدا ہوتا ہے کہ عضلی ریشوں پر سیسہ کی براہ راست تاثیر سے آنتوں کا تشنجی انقباض واقع ہوتا ہے۔

رصاصی شلل (lead paralysis)۔ اسے اکثر کثیر عصبی التہاب کے عنوان کے تحت بیان کیا جاتا ہے، لیکن یہ بھی خیال کیا گیا ہے کہ یہ نخاع کے حرکی خلیوں پر زہر کی انتخابی تاثیر پڑنے کا نتیجہ ہوتا ہے۔

لیکن غالباً سیسہ اولاً عضلات پر عمل کرتا ہے اور ممکن ہے کہ عصبی اضرار ثانوی

ہوں۔ وہ بالخصوص اُن عضلات کو چُن لیتا ہے جن میں تکان کا امکان ہوتا ہے۔ لیکٹک ایسڈ جو ان حالات میں پیدا ہوتا ہے، دوران خون کے اندر گردش کرنے والے لیڈ فاسفیٹ کو حل کر دیتا ہے جو عضلی خلیے میں مرسوب ہوجاتا ہے۔

ممیزخاصہ شلل کی توزیع ہے چنانچہ شلل بیشتر اصابتوں میں جوارح بالائیہ میں محدود رہتا ہے، اور گو وہ ایک بازو کو دوسرے بازو سے پہلے ماؤف کرسکتا ہے، وہ عموماً متشاکل ہوتا ہے۔ پہلے عضلات جو مبتلا ہوتے ہیں، کلائیوں اور انگلیوں کے طویل باسطات ہیں، چنانچہ جب بازوؤں کو پھیلا کر پیش بازوؤں کو مکبوب کیا جائے تو ہاتھ اور انگلیاں نیچے لٹک پڑتی ہیں۔ اسی واسطے مزدور لوگ بعض اوقات اِس مرض کو "جھلاؤ" (" the dangles ") کہتے ہیں۔ شہادت کی انگلی اور چھنگلی، جو اپنے مزید عضلات باسطہ رکھتی ہیں، بنصر انگلی اور وسطی انگلی کے نسبت کم مبتلا ہوتی ہیں، اور ممکن ہے کہ آخر الذکر دونوں تنہا مبتلا ہوں۔ اگر ہاتھ کو اور پہلی سُلامیات کو سہارا دے کر اُفقی وضع میں رکھا جائے تو باقی ماندہ سُلامیات کو پھیلایا جا سکتا ہے جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ عضلات قطنیہ اور عضلات بین العظام اب بھی فعال ہیں بالعموم عضلہ باطحہ طویلہ غیر ماؤف رہتا ہے۔ دیرپا کمزوری کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ بعض اوقات رُسغیہ کی غیر وضعیت پیچھے کے طرف ہو جاتی ہے اور کلائی کی پشت پر ایک اُبھار بن جاتا ہے۔

اگرچہ یہ رصاصی شلل کی سب سے زیادہ ممیز و مخصوص شکل ہوتی ہے، تاہم بعض اوقات عضلات کے دوسرے گروہ بھی ماؤف ہوجاتے ہیں۔ ان میں سے عام ترین یہ ہوتے ہیں:۔ (۱) ہاتھوں کے درونی عضلات (۲) نطاق الکتف کے عضلات، بالخصوص عضلۂ ذوراسین، عضدیہ مقدم، عضلۂ دالیہ اور عضلۂ شوکیہ اور (۳) جوارح زیریں میں مقدمی قصبتی گروہ۔

اگرچہ آغاز حملہ میں عضلی دردوں کی شکایت ہوسکتی ہے، سُن پن یا جھنجھناہٹ کا کوئی محیطی احساس نہیں ہوتا اور نہ کوئی جلدی عدم حسیت۔ ماؤف عضلات میں ہزال ہوجاتا ہے، اور برقی امتحان کرنے پر وہ تعامل انحطاط (reaction of degeneration) ظاہر کرتے ہیں۔ 60.

مرض الدماغ (encephalopathy) ۔ یہ فالج نصفی یا نصفی عدم حسیت کی شکل میں ہو سکتا ہے ۔ زیادہ شدید اصابتیں جو اکثر مہلک ہوتی ہیں، وہ ہوتی ہیں جنہیں تشنجات، ہذیان، قوما کے ساتھ شاید التہاب عصب بصری (optic neuritis) اور کسیقدر تپ کے علامات ہوتے ہیں ۔ ایسی اصابتیں اکثر ایک نہایت حاد مرکھتی ہیں، اور اناث میں زیادہ کثیر الوقوع معلوم ہوتی ہیں (Oliver)- عدم دمویت پہلی علامت ہوتی ہے، اور پھر قولنج، دردِ سر، قئے، دو نظری (diplopia) ہوتی ہے یا التہابِ عصب بصری کی وجہ سے ناقص بصارت ۔ چند روز میں مریض متشنج ہو کر قوماز دہ ہو جاتا ہے اور مر جاتا ہے ۔ دوسری مثالوں میں کچھ ذہنی اختلال ہوتا ہے جو بے خوابی، استبصاری توہمات اور سخت جوش و خروش کی شکل میں ہوتا ہے ۔

اضرارِ چشم ۔ یہ اکثر ہوتے ہیں، اور ان میں پتلیوں کی عدم مساوات، دو نظری جو بعض عضلاتِ چشم کے شلل کی وجہ سے ہوتی ہے، التہاب عصب بصری نزفات کے ساتھ یا نزفات کے بغیر، عصبی شبکیتی التہاب (neuro-retinitis)، اولی اور ثانوی ذبول عصب بصری (optic atrophy)، دو جانبی غطش (bilateral amblyopia) جس میں تغیرات قعرِ چشم بالکل نہیں ہوتے، اور جو یوریادمویتی کمنت (uræmic amaurosis) سے مشابہ ہوتا ہے، یہ سب علامات شامل ہیں ۔ آخر الذکر تغیرات اکثر رصاصی التہابِ گردہ کی وجہ سے ہوتے ہیں ۔

البیومن بولیت (albuminuria) دو یا تین طرح سے رصاصی تسمم کا نتیجہ ہوتی ہے ۔ وہ رصاصی قولنج میں عارضی طور پر واقع ہو سکتی ہے ۔ وہ پیشاب کی برآمد کی کمی اور اُذیما کے ساتھ اکثر انوبی التہاب گردہ کی وجہ سے پیدا ہوتی ہے جیسے کہ مرض الدماغ (encephalopathy) کی اصابتوں میں (Oliver)، یا رصاصیت کی زیادہ مزمن حالتوں میں ذراتی گردے (granular kidney) کی اصابتوں میں ۔ سیسہ، نقرس، اور ذراتی گردے کے تعلقات نہایت قریبی ہیں ۔ کم از کم انگلستان کے جنوب میں، ان لوگوں میں جو کہ مزمن رصاصی تسمم میں مبتلا ہوتے ہیں، نقرس عام ہے، اور کہا جاتا ہے کہ اول الذکر یورک ایسڈ کے اخراج کو کم کر دیتا ہے ۔ اور یہ بھی دیکھا

گیا ہے کہ جو لوگ نقرس میں مبتلا ہوتے ہیں وہ سیسہ سے نہایت جلد متاثر ہوجاتے ہیں۔

جگر کے تغیرات شحمی دررفتگی، امتلا اور ہیموسڈیرین (hæmosiderin) کا جماؤ ہیں۔ وانڈنبرگ کا امتحان عموماً مثبت ہوتا ہے اور بعض اوقات صریح یرقان (jaundice) ہوتا ہے (1)۔

رصاصی تسمم، حیض اور حمل دونوں وظائف پر اثر ڈالتا ہے۔ کثرتِ طمث (menorrhagia) نہایت عام ہے، لیکن کبھی کبھی بے طمثیت (amenorrhœa) یا عسرالطمث (dysmenorrhœa) ہوتا ہے۔ حاملہ عورتوں میں اسقاطات (miscarriages) اور مردہ ولادتوں (still-birth) کا تناسب زیادہ ہوتا ہے۔ اور جو بچے زندہ پیدا ہوتے ہیں اُن میں سے بہت سے طبعی وزن سے کم ہوتے ہیں، اور بہت سے ایک سال کے اندر مر جاتے ہیں۔ جو زندہ رہتے ہیں ان میں تشنجات، سخافت اور ابلہی کا تناسب اوسط سے زائد ہوتا ہے۔

تشخیص ۔ اس کا انحصار زیادہ تر رصاصی تسمم کی سرگذشت پر، مسوڑھوں پر رصاصی خط کی موجودگی پر، اور ابرازات میں سیسہ ملنے پر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ سرگذشتِ مرض کی تحقیقات نہایت غور و احتیاط کے ساتھ کرنی پڑے کیونکہ سیسہ نظامِ جسم کے اندر نہایت غیر متوقع ذرائع سے داخل ہوسکتا ہے۔ اگر علاماتِ شلل موجود ہیں، تو اکثر قولنج کی سرگذشت پائی جاتی ہے، اور تقریباً تمام مریضوں میں رصاصی خط موجود ہوتا ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ نہایت صاف اور ستھرے رہنے والے اشخاص میں رصاصی خط صرف دانتوں کے درمیان پایا جائے یا ممکن ہے کہ بالکل نہ پایا جائے۔ رصاصی شلل کی معمولی قسم کو عضلی مغزی شلل (musculo-spiral paralysis) سے اس طرح تمیز کیا جاسکتا ہے کہ اول الذکر میں عضلۂ باطحہ طویلہ غیر متاثر رہتا ہے اور دونوں بازو ایک ساتھ ماؤف ہوتے ہیں۔

پیشاب کے نسبت براز میں سیسہ زیادہ مقداروں میں موجود ہوتا ہے لہٰذا جب سیسہ کے لئے امتحان کیا جا رہا ہو تو براز سے کام لینا چاہئے۔ لیکن براز کے اندر سیسہ کی موجودگی یہ ثابت نہیں کرتی کہ سیسہ نظامِ جسم میں موجود ہے۔ یہ ثبوت صرف پیشاب کے اندر اُس کی موجودگی سے حاصل ہوتا ہے۔

انذار ۔ شفایابی اگرچہ آہستہ آہستہ ہوتی ہے، تاہم معقول علاج کرنے پر وہ عموماً کامل ہوتی ہے۔ اگر علاج شروع کرنے کے بعد دو سال کے اختتام پر اب بھی کوئی کمزوری باقی رہے تو اس کے مستقلاً باقی رہنے کا امکان ہے۔ شدید دماغی علامتیں زندگی کے لئے خطرناک ہوتی ہیں، لیکن اگر موت واقع نہ ہو تو ممکن ہے کہ کامل شفا ہو جائے۔

تحریز ۔ یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ حرفتی رصاصیت کے اسباب کی حیثیت سے سیسہ کا گرد و غبار اور بخارات اس سے زیادہ اہم ہیں کہ جتنا میلی انگلیوں کے ذریعہ داخل ہونا سیسہ کے گرد و غبار اور بخارات کو کم کرنے کی تدبیریں درج ذیل ہیں:۔ بروں کش ترویح (exhaust-ventilation) جو کام کرنے کی بینچوں پر، یا مقامی طور پر اس نقطہ پر جہاں بخارات پیدا ہوتے ہیں (مثلاً سیسہ
590 جلانے میں)، بڑی ٹوپیوں (hoods) کے ذریعہ استعمال کی جائے۔ تر اعمال (wet processes) پر اصرار کرنا چاہیئے، جس میں یہ امر بھی شامل ہے کہ جامعی کارخانوں (accumulator works) میں چھپتروں کو روزانہ چمڑے کے نلوں سے دھویا جائے وغیرہ۔ ان تمام اعمال کو جو لازماً غبار پیدا کرنے والے ہیں، غبار بند کروں کے اندر انجام دینا چاہیئے۔ مصوری کے پیشہ میں خشک سفوفوں سے رنگوں کا ملانا اور رنگین سطحوں کا ملنا اور گھسنا (الا یہ کہ ان کو روغنی رنگ مال کا غذ سے ملا جائے جو تر کر کے استعمال کیا جاتا ہے) اب خلاف قانون ہے۔ خانگی رصاصی تسمم کا انسداد اس طرح کرنا چاہیے کہ بعض رقبوں میں پانی کے سیسہ کے نلوں کے استعمال کی ممانعت کر دینی چاہیئے، اور سائڈر (cider) اور شراب کے لئے سیسہ اور جست کے ظروف کے استعمال سے محترز رہنا چاہیئے۔

علاج ۔ مریض کو اپنا پیشہ چھوڑ دینا چاہیئے، یا جس طریقہ سے ممکن ہو نظامِ جسم کے اندر مزید سیسہ کا داخلہ روکنا چاہیئے۔ سیسہ کو نظام جسم سے، یعنے ہڈیوں میں اس کی تذخیر کے مقام سے، خارج کرنے کا طریقہ یہ ہے کہ مریض کو پست کیلسیمی غذا دی جائے، جس میں گوشت، کلیجی، آلو، چاول، ٹماٹر، کیلے، چھلکا اُتارے ہوئے سیب، چائے، کافی، شکر اور بے نمک "التہابی کلوی روٹی"

(nephritic bread) اور مسکہ کی چربی ' جو مسکہ کو گرم پانی میں پگھلا کر اور پھر اُس کی
پرسے چربی اُتار کر تیار کی گئی ہو) شامل ہوں۔ دودھ' انڈے' سبز ترکاریاں' ا
بہت سے پھل غذا سے خارج کر دیئے جاتے ہیں۔ اس سے ایک ترشہ سمیت پیدا
ہوجاتی ہے' جو لیڈ فاسفیٹ (اور کیلسیئم فاسفیٹ) کو ہڈیوں میں سے حل کرکے خ
کردیتی ہے' چنانچہ اُس کا اخراج ہوجاتا ہے۔ ۲۰۰ سی سی مُرقق فاسفورک ایسڈ
یا ۱۰ گرام امونیئم کلورائڈ روزانہ لیئے جاتے ہیں' بشرطیکہ بہت سے پانی میں حل
کرکے' دس دس گھنٹے سے خوراکیں دی جائیں۔ ایک نسبتۃً کم کارگر طریقہ' لیکن
ایسا جو التہاب کردہ موجود ہونے کی حالت میں ضروری ہوسکتا ہے' یہ ہے کہ روزانہ
۲۰ تا ۴۰ گرام سوڈیم بائی کاربونیٹ بلا تخصیصِ غذا دیا جائے۔ پوٹاسیئم آیوڈائڈ
(۵ تا ۱۵ گرین) بھی زیادہ کارگر نہیں۔ ایسا علاج صرف اُسی وقت کرنا چاہیئے
جب کہ کوئی حاد حوادث نہ ہوں' اور اس علاج کے اثر کو غور و احتیاط کے ساتھ
دیکھتے رہنا چاہیئے' کیونکہ یہ علاج سیسہ کو حرکت میں لاکر حاد علامات پیدا کرسکتا
ہے۔ جب حاد علامات موجود ہوں تو بلند کیلسیمی غذا' یعنے تین پائنٹ دودھ
اور کیلسیئم لیکٹیٹ ۳۰ گرین روزانہ دینا مناسب ہے (3) تاکہ سیسہ ہڈیوں میں
چلا جائے۔

قولنج عموماً افیون کی پوری معتاد سے یا مارفیا (morphia) کے اثر
سے رفع ہوجاتا ہے۔ اِس کے ساتھ کوئی سادہ مسہل' مثلاً ارنڈی کا تیل ایک
اونس' (ٹنکچر آف اوپیم کے ۱۵ یا ۲۰ قطروں کے ساتھ) یا میگنیشیئم سلفیٹ دینا
چاہیئے۔ گرم تکمیدات اور شکم پر دباؤ اور حُقنے آزمائے جاسکتے ہیں۔ ایسٹرو پن
نائٹرو گلیسرین اور بینزل بینزوئیٹ (benzyl benzoate) آزادانہ طور پر استعمال
کیئے جاسکتے ہیں۔ شللی عوارض میں مناسب تجبیر اولین اہمیت رکھتی ہے'
اِس میں مشلول عضلات کو استرخائی وضع میں رکھدینا چاہیئے۔ وَلک' حرکتیں
اور کلوانیت بھی مفید ہیں۔ یہ علاج مہینوں کرنا چاہیئے۔ حاد دماغی حملوں
کے لیئے آلیور تا نٹرائٹ آف ایمل (nitrite of amyl) کے استنشاق کی اور قطنی کچھ کے
سفارش کرتا ہے' جس میں سیال ایک سے تین اونس تک نکالا جائے۔ آکسیجن

آزمایا جاسکتا ہے اسیطرح جس طرح کہ الکحلیت میں۔ عدم دمویت کا تدارک لوہے کی تجہیزات کے ذریعہ مناسب علاج سے کرنا چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ 481)۔ خلاصۂ جگر (liver extract) آزمایا جاسکتا ہے۔

پارے کا مزمن تسمم

(CHRONIC MERCURIAL POISONING)

نمدے کی ٹوپیوں کی حرفت میں بالوں کا نمدا بنانے میں ایسڈ نائٹریٹ آف مرکیوری (acid nitrate of mercury) کا استعمال آج دنیا میں پارے کے مزمن تسمم کا سب سے بڑا سبب ہے۔ بہت سے کاریگر عدم دمویت، کثرتِ ریق اور التہابِ الفم میں مبتلا ہوجاتے ہیں، جو پارے کے دوائی استعمال میں اس کی بیش معتادی کے مشہور و معروف نتایج ہیں۔

پارے کے تسمم کے ممیز خصائص مزاج کا چڑچڑاپن (سیمابی اشتعال پذیری "mercurial erethism") اور جسم و جوارح کے لرزشی حرکات ہیں جن کو سیمابی لرزشیں یا "تھرتھراہٹیں" ("trembles") کہتے ہیں۔ یہ پہلے بالائی جوارح کو ماؤف کرتی ہیں اور پھر ٹانگوں اور جسم کے بقیہ عضلات میں پھیل جاتی ہیں۔ پہلے یہ حرکتیں صرف ہیجان و اشتعال سے پیدا ہوجاتی ہیں، اس کے بعد اس وقت پیدا ہوتی ہیں جب کہ مریض کوئی عضلی کام کرتا ہے، اور بالآخر دائمی ہوجاتی ہیں، بلکہ سونے کی حالت میں بھی کسی حد تک جاری رہتی ہیں۔ زبان میں لرزہ ہوتا ہے، اور نطق جلد جلد ناگہانی اور جھٹکے کے ساتھ ہوتا ہے۔ خراب اصابتوں میں ہر جلد بلکہ شلل تک موجود ہوسکتا ہے، اور ممکن ہے کہ مریض سہارے کے بغیر بالکل نہ چل سکے۔ بعض اصابتوں میں تیز و تند حرکات یا سخت کام کے بعد پیش بازوؤں کے خم کن عضلات میں تشنجی تشنجات ہوتے ہیں۔ عدم حسیت، دورانِ سر، ہذیانی توہمات ہوسکتے ہیں، اور تیقظ بینی کے ساتھ ہیجان کا واقع ہونا بھی ممکن ہے۔ ابتدائی درجوں میں صلابت منتشر (dessеminated sclerosis) سے کسی قدر مشابہت پائی جاتی ہے لیکن رقصِ مقلہ

نہیں ہوتا' اور جب حرکات دائمی ہو جاتے ہیں' تو کسی حد تک شللِ اہتزازی (aralysis agitans) کی مشابہت پیدا ہو جاتی ہے۔ پارہ اُنبوبی التہاب گردہ (ubal nephritis) بھی پیدا کر دیتا ہے۔

591

اگر مرض بہت زیادہ نہ بڑھ گیا ہو تو شفا ہونا ممکن ہے۔

علاج۔ پارے کے بخارات سے علٰحدگی ضروری ہے۔ دوائے مقو اور آیوڈائڈ اور بروما ئڈ آف پوٹاسیم نہایت مفید ہیں۔ اور مسکنات' جیسے افیون' کلورل (chloral) اور بیلاڈونا (belladonna) مفید ہو سکتے ہیں۔

سنکھیا کا مزمن تسمم

(CHRONIC ARSENICAL POISONING)

یہ رصاصی تسمم کے نسبت کم عام ہے لیکن مندرجۂ ذیل حالات کے تحت وا ہو سکتا ہے:۔ اُن اشخاص میں جو سنکھیا کے کارخانوں میں کام کرتے ہوں' اور اُ حرفتوں میں جن میں سنکھیا کے رنگوں سے واسطہ پڑتا ہو۔ اُن لوگوں میں جو ایسی رنگی اشیاء' جیسے کہ دیواروں پر لگانے کے بعض رادی اور سبز کاغذ' استعمال کرتے ہوں کبھی کبھی طبی علاج میں سنکھیا کی بڑی مقادیر استعمال کرنے سے۔ مشروبات میں اتفا طور پر سنکھیا کی آمیزش ہو جانے سے' جس کی مثال محیطی اعصاب کے التہاب (peripheral neuritis) کی وہ وبا ہے جو کہ مانچسٹر میں مالٹ آمیزی کے عمل م غیر خالص سلفیورک ایسڈ کے استعمال سے پیدا ہوئی۔ آرسینو بنزال (arseno-benzol) کے تسمم کا بیان پہلے درج ہو چکا ہے۔

علامات۔ جب سنکھیا کے بُرادہ یا گرد میں تکشف ہو' جو کہ نہایت خراش آور ہے' تو جلد پر اور قابلِ رسائی مخاطی اغشیہ پر اثرات ظاہر ہوتے ہیں' جب سنکھیا کا داخلی استعمال کیا جاتا ہے تو غذائی غشائے مخاطی' محیطی اعصاب ' ا دورانِ خون کے ذریعہ جلد پر اثر پڑتا ہے۔ پہلی صورت میں نمایاں خاصہ خراش جلد ہے' جس سے ایک قسم کا اکزیما (eczema) یا التہاب ادمہ (dermatitis)

پیدا ہوجاتا ہے، اور وہ زیادہ گرم اور زیادہ نم حصوں میں بالخصوص دیکھا جاتا ہے، مثلاً بغلوں میں، فوطہ اور رانوں کے درمیان، نتھنوں کی کوروں پر، اور آنکھوں میں۔ ملتحمہ کی سرخی اور آنکھوں کی جلن، خراشِ حلق اور ساتھ ہی بار بار کھنکارنا، بھی موجود ہوتے ہیں۔ ازاں بعد عمومی تسمم کے علامات نمودار ہوجاتے ہیں، لیکن یہ اُس وقت زیادہ نمایاں ہوتے ہیں جبکہ اس زہر کا انشراب تھوڑی تھوڑی مقداروں میں بار بار ہوا ہو۔ معدی معوی خراش ہوتی ہے اور ساتھ ہی شائد متلی، اسہال اور دردہائے شکم اس کے ساتھ اکثر نحول، کمزوری، عضلی اینٹھن، اور جبہی درد سر مخلوط ہوجاتے ہیں۔ التہاب اعصاب محیط ایک ممیز خاصہ ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 651)، اور اسی طرح جلد کا ایک عارضہ بھی، جس کے ممیز خصائص لونیت اور برادمہ کی دبازت ہوتی ہے، بالخصوص ہتھیلیوں اور تلووں پر، جسے قونیت کہتے ہیں۔ ہاتھ کی انگلیوں کے ناخنوں پر عرضی جیود اور فجوات نمودار ہوجاتے ہیں۔ اور حاد اصابتوں میں خمدار سفید خطوط (بیاض الظفر = leuconychia) ظاہر ہوئے ہیں، جو بتاتے ہیں کہ تسمم واقع ہوتے وقت تغذیہ میں خلل واقع ہوا تھا۔

علاج یہ ہے کہ سبب دور کردیا جائے، اور ایسا کرنے پر علامات رفع ہوجاتے ہیں۔ دوائے آیوڈائڈ آف پوٹاسیم ۵ گرین کی مقداروں میں دیا جاسکتا ہے۔ تاہم ممکن ہے کہ التہاب اعصاب محیط کئی ماہ تک جاری رہے۔

مینگنیس کا مزمن تسمم

(CHRONIC MANGANESE POISONING)

مینگنیس کا تجارتی استعمال کلورین، پینٹ، وارنش، مینا (enamel) اور لینولیئم (linoleum) بنانے، صابن رنگنے، اور فولاد تیار کرنے میں کیا جاتا ہے۔

مینگنیس کے تسمم کے سریری خصائص شلل اہتزازی سے مشابہت رکھتے ہیں، اور اُن سے ظاہر ہوتا ہے کہ جسم مضلع (corpus striatum) میں کوئی ضرر موجود ہے۔ جذباتی اختلالات ہوتے ہیں، جن میں ناقابلِ ضبط ہنسی یا رونے کے

دورے، ذہنی ڈھال پن، عضلی خستگی اور لرزش ہوتی ہے۔ مریض پاؤں رگڑ رگڑ کر چلتا ہے اور نیچے گرنے کا رجحان ہوتا ہے۔ ہری خلیوں کے مرض کے کوئی امارات نہیں ہوتے (2)۔

حوالہ جات

References

1	W. Blair Bell, W. R. Williams, and L. Cunningham	1925 *Lancet*, ii., p. 793.
2	J. R. Charles	1922 3 *J. Neurol. & Psychopathol.*, 3, p. 262.
3	J. C. Aub & others	1925 *Medicine*, 4, p. 1.

592

عصبی اور عضلی نظامات کے امراض

اس عنوان کے تحت ہمیں دماغ، نخاع اور اعصاب کے اختلالات سے بحث کرنی ہے۔ یہ اختلالات خود کو حرکت، احساس، حواسِ مخصوصہ اور عقل اور جذبات کے وظیفوں کے ذریعہ ظاہر کرتے ہیں۔

اگرچہ عصبی نظام اُنہی امراضیاتی اعمال سے متاثر ہوتا ہے کہ جن سے بقیہ جسم متاثر ہوتا ہے، تاہم وظیفہ اور ساخت کی بعض خصوصیات ایسی ہیں جو اس حصے کے مرض کے اثرات کو دوسرے تمام اثرات سے ممتاز کرتی ہیں۔

پہلا اہم نکتہ، وظیفہ کی انتہائی تخصیص ہے، جو کہ نظام عصبی کے بلند ترین حصوں میں اپنے درجۂ کمال کو پہنچ جاتی ہے۔ یہ اسی کا نتیجہ ہے کہ ایک خفیف سا ضرر ایسے علامات و امارات پیدا کر سکتا ہے جن کو ہم وثوق کے ساتھ مرض کے محل وقوع کی طرف منسوب کر سکتے ہیں۔ علامات و امارات کے ایسے گروہ کے متعلق کہا جاتا ہے کہ یہ تحلیلی اہمیت رکھتا ہے۔

ساخت کی تخصیص کا ایک مزید نتیجہ یہ ہے کہ بعض سموم (جرثومیاتی یا کیمیائی) ہمیشہ عصبی خلیات یا عصبی ریشوں کے بعض گروہوں کو منتخب کر لینے کا میلان رکھتے ہیں۔ اس انتخابی حدوث کا انحصار یقیناً کیمیائی یا طبیعی نوعیت کے اُن خصائص پر ہوتا ہے جو عصبی خلیے کے اندر مقیم رہتے ہیں اور جو اُسے بعض سموم کے لئے ہدف بناتے ہیں اور بعض کے لئے مزاحم۔ چنانچہ اکثر اوقات ایک مخصوص امارت اُسی امراضیاتی عمل کے ساتھ وابستہ پائی جاتی ہے۔ لیکن ہمیں ہمیشہ یہ یاد رکھنا چاہیے کہ وہ امارت اُس ضرر کی مقامیت کا نتیجہ ہے نہ کہ اُس کے امراضیات کا۔ مثلاً آتشک کا پیچ موئی سم وسط دماغ کے اُن دقیق مرکزوں پر جو پتلیوں کی روشنی کے تعامل کی تنظیم کرتے ہیں، ایک انتخابی حدوث رکھتا ہے۔ لہٰذا روشنی کے حدقی تعامل کا فقدان (آرگائل رابرٹسن حدقہ: **Argyll Robertson pupil**) عصبی آتشک کی

ایک عام ترین امارت ہے۔ لیکن اس سے ہمیں یہ نتیجہ اخذ کرنے کا حق نہیں کہ آرگائل رابرٹسن کی حدقہ ہمیشہ ہی آتشک کی وجہ سے ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ کوئی دوسرا سبب جو اسی مقام پر عامل ہو یہی امارت پیدا کردے۔ مثلاً کوئی رسولی یا سباتی التہاب دماغ (enecephalitis lethargica) کا شبہ۔

عصبی امراض کا ایک دوسرا امتیازی خاصہ عصبی خلیہ کے نسبتہً بہت زیادہ طویل ہونے کا نتیجہ ہوتا ہے جب کسی عصبی خلیہ کا محوریہ متضرر یا مبتلائے مرض ہو جاتا ہے تو اس کا بُعدی حصہ اپنے محیطی شاخچہ جات تک انحطاط زدہ ہو جاتا ہے۔ چنانچہ عمود العقرات کے اندر کی ہیلی صدری عصبی جڑ کے ضرر کا نتیجہ یہ ہوگا کہ ہاتھ کے چھوٹے عضلات کو رسد پہنچانے والے عصبی ریشوں میں انحطاط واقع ہو جائے گا جس سے بالآخر ان عضلات میں ذبول اور شلل ہو جائے گا۔ دماغی قشرہ کے بالائی حصے کے خلیات کا ضرر اُن حرمی ریشوں کا جو نخاع کے اندر نیچے کی طرف جاتے ہیں اُن کی قطنی کلائی تک انحطاط واقع کردے گا جس سے جارحہ زیرین کا شلل پیدا ہو جائے گا۔

نظام عصبی کا تیسرا نمایاں خاصہ یہ ہے کہ اس کے حصے ایک مخصوص طریقہ پر ملفوف ہوتے ہیں گویا کہ وہ دوسری بافتوں سے محجوز ہوتے ہیں مرکزی نظام عصبی سحایا کے ذریعہ اور محیطی اعصاب اپنی عصب غلافی پوششوں کے ذریعہ۔ اسی کے ساتھ کا ایک مشاہدہ یہ بھی ہے کہ نظام عصبی کے اولی سلعات سحایا کو کبھی متاثر نہیں کرتے (خواہ وہ اِن حدود کے اندر کیسے ہی خبیث ہوں) اور نہ وہ دوسری بافتوں پر حملہ آور ہوتے ہیں۔ اسی طرح دوسرے مقامات کے خبیث سلعات بھی عصبی بافت پر کبھی راست حملہ نہیں کرتے (اگرچہ یقیناً وہ میکانی انضغاط سے نقصان پہنچا سکتے ہیں)۔

عصبی جرثوم کی ایک اور خصوصیت یہ ہے کہ دماغ اور نخاع کے اندر کوئی لیفہ 593
سہارک بافت نہیں ہوتی اور اس کی جگہ عصبی سریش ہوتا ہے جو نسبتہً بہت زیادہ نازک شے ہے۔ اسی وجہ سے اس میں تقیح کسی لیفی روک سے محدود المقام نہیں بلکہ گہرا پھیلنے کا رجحان رکھتا ہے۔ نزف بھی خواہ وہ حادثہ کے باعث ہو یا عروقی مرض

نتیجہ ہو، یہی رجحان رکھتا ہے۔ انضباب کا دباؤ اس کے لئے کافی ہوتا ہے کہ باریک عصب سریشی ریشوں کو یہ آسانی چیر پھاڑ کر دماغ یا نخاع کے جرم میں گڑھے بنادے۔ لیکن مزمن التہاب کی حالتوں میں عصب سریشی خلیے تکاثر کرکے بکثرت ریشک بنادیتے ہیں، جس سے کثافت میں زیادتی ہوجاتی ہے۔ مزید برآں معلوم ہوتا ہے کہ جب عصبی ریشوں کا "ثانوی انحطاط" ہو رہا ہو (مثلاً نخاع میں ہرمی ریشوں کا وہ انحطاط جو داخلی کیسہ کے کسی ضرر کے بعد ثانوی طور پر ہو) تو ان کے انحطاطی حاصلات عصبی سریشی خلیوں میں بھی ایک مماثل تعامل کی تحریک پیدا کردیتے ہیں، چنانچہ جب بوسیدہ ریشے کثاس خلیوں کے ذریعہ جذب ہوجاتے ہیں تو ان کا سابقہ ممر عصبی سریش کی بڑھی ہوئی کثافت کے ذریعہ نظر آسکتا ہے، جو اکثر مرئی اور حس پذیر ہوتی ہے۔ عصبی امراضیات کے ابتدائی زمانہ میں ایسے ہی مناظر کی بنا پر یہ مفروضہ قائم کرلیا گیا کہ عصبی سریش کی بیش بالیدگی ہی اولی مرضی عمل ہے اور عصبی خلیوں کا اتلاف اس کا ثانوی نتیجہ ہے، اور اس میں ہونے والے امراضیاتی عمل کو "صلابت" کا نام دیا گیا۔ اب ہمارا یقین یہ ہے کہ یہ تصور غلط تھا، اور یہ کہ تضرر یا مرض کا اولی اثر عصبی خلیات کا انحطاط ہے، جس کا ثانوی نتیجہ عصبی سریش کی بیش بالیدگی ہوتی ہے۔

ایک مزید اہم نکتہ یہ واقعہ ہے کہ دماغ اور نخاع ایک عظمی کہف کے اندر ایک لوچدار لیفی جھلی میں ملفوف ہیں، جہاں ان کے پھیلنے کے لئے بہت ہی کم گنجائش ہوتی ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہے کہ کوئی کوفتگی، جو جسم میں دوسرے مقام پر مقامی ورم اور درد پیدا کردے گی، یا کوئی غیر خبیث رسولی جو عصبی بافتوں پر حملہ آور نہ ہو رہی ہو، انضغاط پیدا کرکے بآسانی نقصان پہنچا سکتی ہے۔

راست تسلسل کے ذریعہ عضویوں کے پھیلنے کے علاوہ دو خاص راستے اور بھی ہیں جن کی راہ سے جراثیم یا سمیات مرکزی نظام عصبی میں داخل ہوسکتے ہیں۔ خاص راستہ جوئے خون کی راہ سے ہے۔ لیکن کم از کم دو خاص امراض، یعنے کزاز اور خناقِ وبائی میں سم کا گذر مقامِ سرایت سے مرکز کی طرف عصبی ریشوں کے ذریعہ ہوتا ہے۔

عصبی نظام کے امراض کا منظم بیان شروع کرنے سے پہلے یہ ضروری ہے کہ

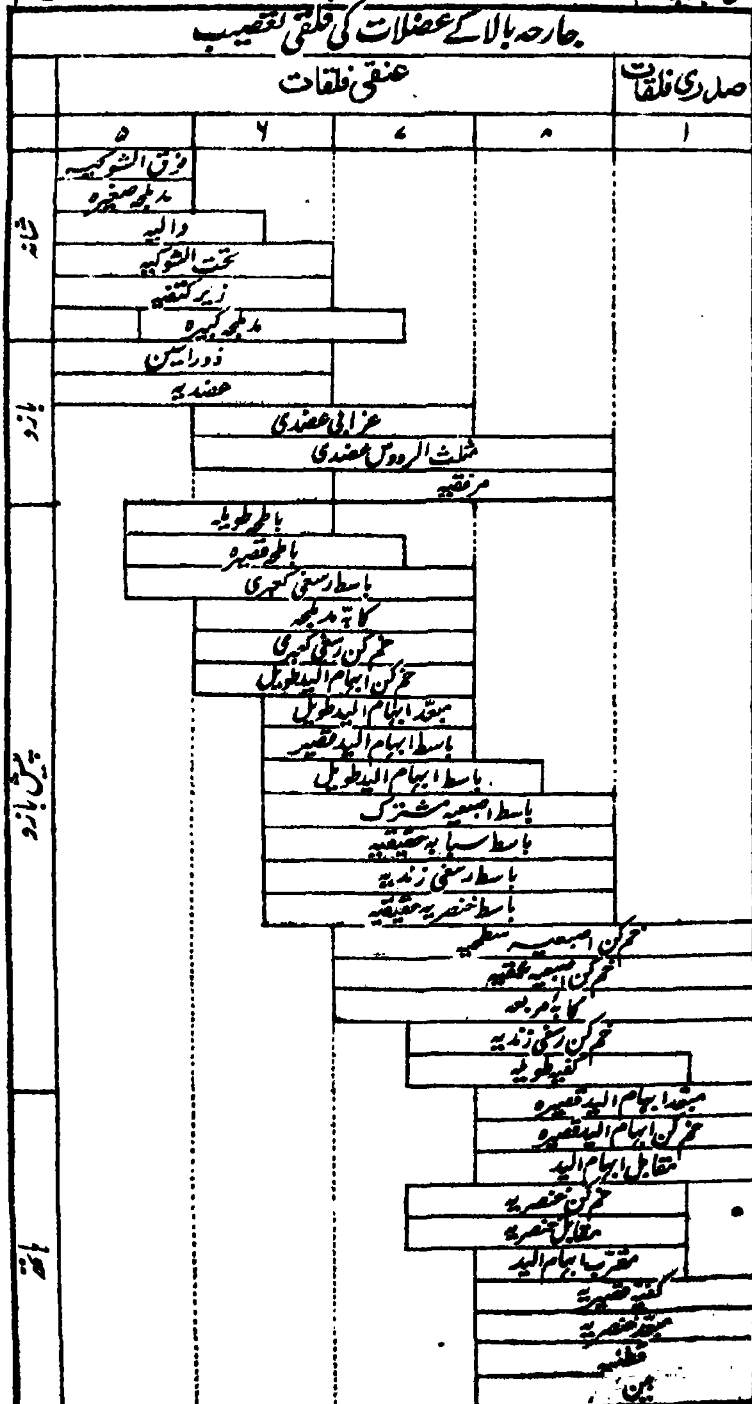
اُس کی عام تشریح اور فعلیات کا اور اس کے امراض سے جو علامات پیدا ہوتی ہیں
ان کی تحقیقات کے سرسری طریقوں کا کسیقدر تذکرہ کیا جائے۔

اطلاقی تشریح اور فعلیات

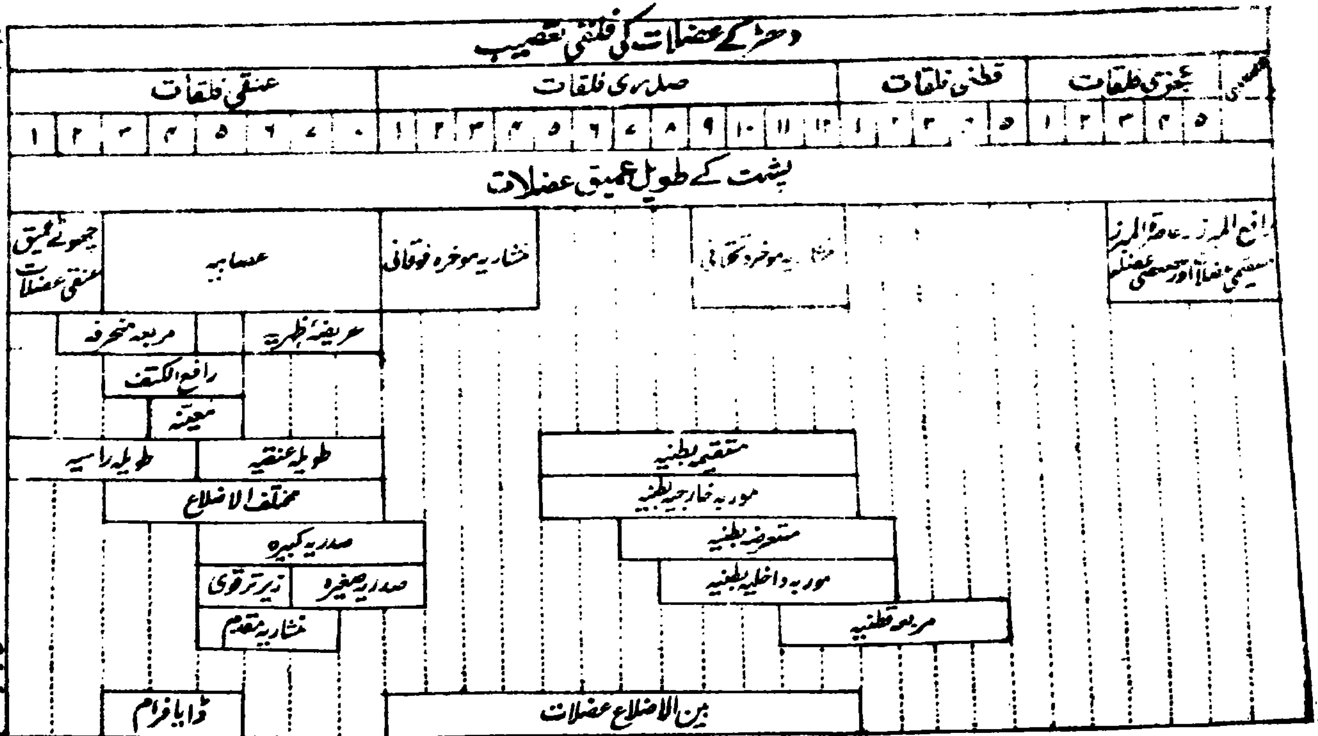
(APPLIED ANATOMY AND PHYSIOLOGY)

انسان میں مرکزی عصبی نظام کی ساخت کے متعلق ہمارا علم اس کے وظیفہ
متعلق ہمارے علم سے بہت متجاوز ہے۔ بہت سے حصے ایسے ہیں جن کو تشریح وا
خوب واضح قرار دیتا ہے، لیکن وہ سرسری طور پر "خاموش" ہیں۔ شاید جزوی ط
یہی وجہ ہے کہ مرض سے پیداشدہ اضرار کی فعلیات کی زبان میں منظم طور پر تشر
نہیں کی جاسکتی۔ آئندہ صفحوں میں صرف وہی کچھ پیش کیا جائے گا جو کہ عملی اہمیت
رکھتا ہے۔

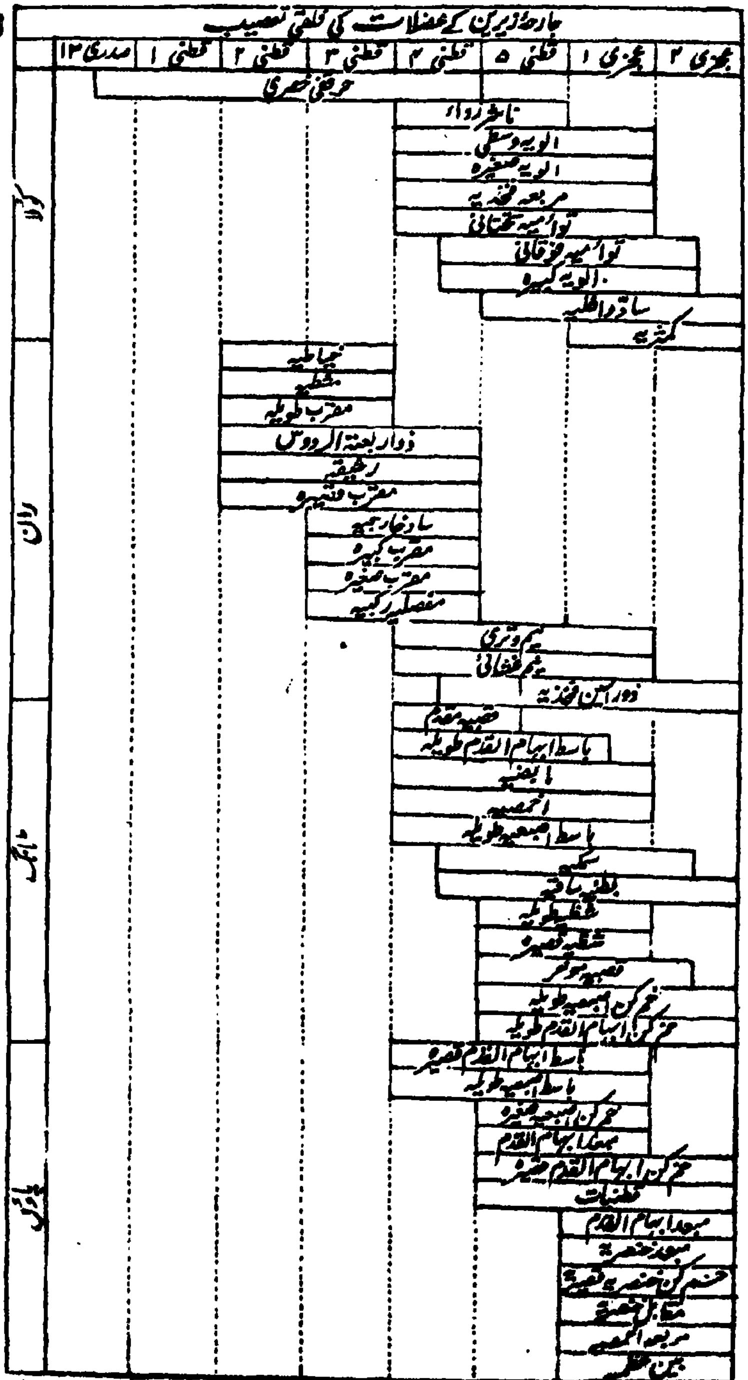
زیریں حرکی عصبیہ (lower motor neuron)۔ یہ مشتمل ہے
ایک ایسے خلیہ پر جو کہ نخاعی رمادی مادہ کے مقدم قرن میں یا دماغی ساق کے حرکی نو
میں سے ایک میں واقع ہوتا ہے، اور ایک برآرندہ ریشے پر جو مقدم نخاعی عصبی ج
میں سے یا حرکی جمجمی اعصاب میں سے ایک میں سے گذرتا ہوا، ایک حرکی منتہائی
میں ختم ہوتا ہے، جو کہ ایک مخطط عضلہ کے ساتھ متماس ہے۔ زیریں حرکی عصبیہ کا و
مرکزی نظام عصبی سے عضلہ تک تمام عصبی صدمات کا ایصال کرتا ہے، خواہ یہ صدمات
ارادی حرکت سے متعلق ہوں، یا وضعی تنش سے، یا معکوس فعل سے۔ عضلہ کا تغذیہ
حرکی ریشے کے ذریعہ اس تعلق پر منحصر ہوتا ہے جو کہ ایک مسلم حرکی خلیہ کے ساتھ ہوتا
اگر یہ تعلق منقطع ہو جائے، یا اگر خلیہ کو نقصان پہنچ جائے تو عضلہ لاغر ہو جاتا ہے۔
لہٰذا زیریں حرکی عصبیہ کے ضرر کی امارات، متاثرہ عضلہ میں قوت ارا
کا نقصان، تنش کا نقصان، معکوس فعل کا نقصان، اور لاغری ہیں۔ جب ضرر حر
خلیات کو براہ راست ماؤف کرے، اور مرض کی رفتار سست ہو، تو متاثرہ عضلات
ریشکی جھٹکے ظاہر ہوتے ہیں۔ دوسرے الفاظ میں عضلی ریشوں کے چھوٹے چھو



تصویر ۲۶۔ جدول جس سے جارحہ بالا کے عضلات کی فلقی تعصیب ظاہر ہوتی ہے۔ (بنگ Bing)۔



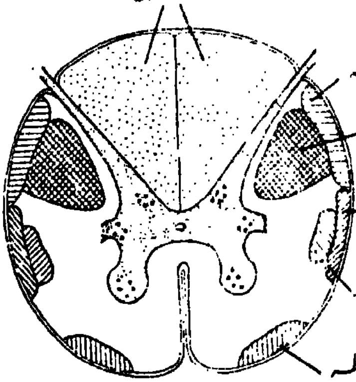
تصویر ۶۳ ۔ جدول جس سے دھڑ کے عضلات کی قلقی تعصیب ظاہر ہوتی ہے ۔ (بیج) ۔



تصویر ۹۷۔ جدول جس سے جارحۂ زیرین کے عضلات کی خلقی تعصیب ظاہر ہوتی ہے۔ (بج)۔

597 گروہوں میں تیز غیر ارادی انقباضات واقع ہوتے ہیں جو ترتیب زمانی اور توزیع میں بوتے ہیں۔ نخاع میں حرکی نواتوں یا مقدم قرنی خلیات کی ترتیب ایسی ہے کہ ہر (segment) متعدد عضلات کی رسد میں حصہ لیتا ہے، جب کہ برآرندہ ریشے ضفیرہ کی تکوین کے ذریعہ محیطی اعصاب میں توزیع یافتہ ہو جاتے ہیں۔

بالائی حرکی عصبیہ۔ حرکی قشرہ کے بڑے ہرمی خلیات یا بٹز (Betz) کے خلیات، حرکی ریشوں کا منبع ہیں۔ یہ ریشے متدق ہو کر ایک بنڈل بناتے ہیں اندرونی کیسہ کے درمیانی حصہ میں واقع ہے، اور پھر وہ اسی جانب کے ساق دماغ میں اور جسر اور لب کے بطنی حصہ میں نیچے کو گذر جاتے ہیں۔ لب اور نخاع کے اتصال



تصویر ۶۵۔ نخاع میں سریری اہمیت کے خاص خطے بتلانے کیلئے۔

دونوں نیم کروں کے ریشوں کا آپس میں تقاطع ہوتا ہے، اور نخاع میں (تقاطعی) خط، سفید مادہ کے جانبی ستون میں مقدمی اور خلفی قرنوں کے درمیان واقع ہوتا ہے ہرمی ریشوں کا اختتام ان زیرین حرکی عصبیات کے خلیات کے ساتھ متماس ہو کر ہے جو کہ ساق دماغ اور نخاع میں واقع ہیں۔ ہرمی ریشوں کا خاص وظیفہ یہ ہے کہ زیرین حرکی عصبیات کے ذریعہ عضلات تک وہ صدمات منتقل کرتے ہیں کہ جو ارادی حرکت پیدا کرتے ہیں۔ لہذا ان کا اتلاف، ارادی قوت کا نقصان واقع کرتا ہے

نیز کمزور یا مشلول جوارح میں تنش یا معکوس فعالیت کی زیادتی بھی واقع ہوجاتی ہے، جس سے ہم ضرور یہی نتیجہ نکالیں گے کہ ہرمی ریشے طبعی حالات میں بعض حرکی مراکز پر مانع اثر رکھتے ہیں جو کہ تنشی صدمات خارج کرتے ہیں۔ لہٰذا ایک بالائی عصبیتی ضرر کی امارات، متاثرہ جوارح میں ارادی حرکت کا شلل، بڑھی ہوئی تنش اور بڑھی ہوئی معکوس فعالیت ہے۔ اِس کے علاوہ جلدی معکوسات میں متلازم تغیرات (غائب شکمی معکوسات، باسط انخمصی مجیبیت) واقع ہوتے ہیں، جو کہ بعد میں بیان کئے جائیں گے۔

جسم کے ایک جانب کا شلل، جو کہ مخالف جانب کے قشرہ کے ہرمی خطہ کے انقطاع کا نتیجہ ہو، نیم فالج کہلاتا ہے۔ جسم کے زیریں حصے کا شلل پا فالج کہلاتا ہے۔

نخاع میں بالائی حرکی عصبیتی راستہ ان تقاطع کردہ ہرمی ریشوں سے بنتا ہے۔ لہٰذا کمزوری اور تشنجیت، اس جانب پائے جاتے ہیں کہ جس جانب ضرر پایا جاتا ہے۔ ایسا ضرر جو عنقی کلانی سے نیچے ہو، صرف زیریں جارحہ کی کمزوری پیدا کرتا ہے، ایسا ضرر جو اُس کلانی سے اوپر ہو، بالائی اور زیریں دونوں جوارح کی کمزوری پیدا کرتا ہے۔ اِن اضرار کی حالت میں جو کہ ہرمی تقاطع کے اوپر ہوں، کمزوری جسم کے مخالف جانب ظاہر ہوگی، اور ایسا ضرر جو کہ جسر کے لیول سے اوپر ہو، جوارح کے ساتھ زبان، 598
نرم تالو اور چہرہ کی کمزوری بھی پیدا کرتا ہے۔ تاہم جوارح کی کمزوری کے مقابلہ میں، ان عضلات کی کمزوری بہت خفیف ہوتی ہے جن کو جمجمی اعصاب کی رسد پہنچتی ہے، کیونکہ ان عضلات کی بالائی حرکی عصبیتی رسد دونوں دماغی نیم کروں سے ماخوذ ہوتی ہے۔ جب دونوں نیم کرے مرض زدہ ہوں، تو ابتلاع، نطق اور وجہی اظہار سے تعلق رکھنے والے عضلات شدت کے ساتھ ماؤف ہوجاتے ہیں، لیکن عینی عضلات شاذ ہی ماؤف ہوتے ہیں۔

اندرونی کیسہ اور حرکی قشرہ کے درمیان، ہرمی ریشے پنکھے کی طرح پھیلتے ہیں، اور جیسے جیسے وہ قشرہ کے قریب پہنچتے ہیں، یہ زیادہ اور زیادہ ممکن ہوتا جاتا ہے کہ ایک چھوٹا سا ضرر صرف ٹانگ یا بازو یا چہرہ کا شلل پیدا کرے۔ تشنجیت اور کمزوری جو کہ ہرمی ضرر سے پیدا ہوں ان کی توزیع غیر مساوی ہوتی ہے۔ زیریں جارحہ میں، سب سے زیادہ باسط عضلات (انخمصی خم کن، گھٹنے اور کولہے کے باسطات)

کرختگی سے متاثر ہوتے ہیں' اور سب سے پہلے ان کے متضاد عضلات کمزوری سے متاثر ہوتے ہیں۔ بالائی جارحہ میں کرختگی سب سے زیادہ انگلیوں کے خم کنوں کلائی کے خم کنوں اور کابات' کہنی کے خم کنوں اور شانے کے مقربات میں ہوتی ہے اور کمزوری سب سے پہلے متضاد گروہوں میں نمودار ہوتی ہے۔

اوپر جو کچھ بیان کیا گیا ہے اس کے نتیجہ کے طور پر جوارح حسب ذیل وضع اختیار کر لیتے ہیں۔ بالائی جارحہ شانہ پر مقرب' کہنی پر خمیدہ' اور کلائی پر مکبوب اور خمیدہ ہوتا ہے' جس کے ساتھ انگلیاں خمیدہ ہوتی ہیں۔ زیریں جارحہ سارا کا سارا بسط شدہ ہوتا ہے' جس کے ساتھ پاؤں اور اس کی انگلیاں نیچے کی طرف نوک کئے ہوتی ہیں۔

بالائی حرکی عصبیتی ضرر والی کرختگی' اس وقت جب کہ مفصل آزاد ہوں' اور عضلات لیفی نہ ہوگئے ہوں' گرفت دار چاقو کی قسم کی ہوتی ہے' یعنی مجہول حرکت کرنے پر مزاحمت سب سے زیادہ شروع میں ہوتی ہے' اور پھر جیسے جیسے حرکت بڑھائی جاتی ہے وہ کم ہوتی جاتی ہے۔

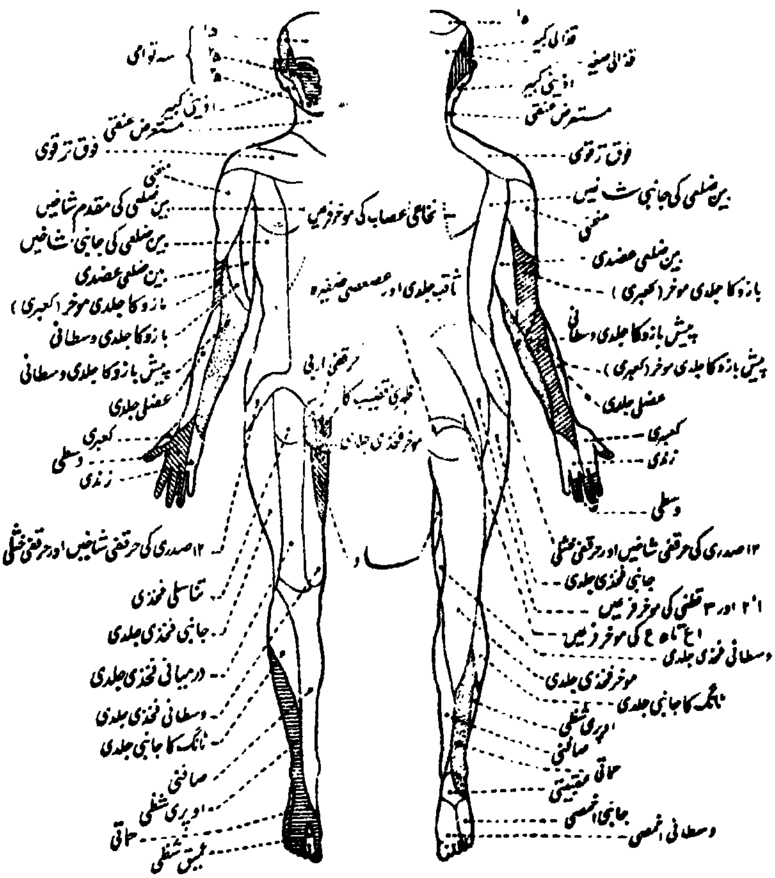
احساس۔ حسی اعصاب کے بعدی سروں پر آخذ منتہائی اعضا پائے جاتے ہیں' جن کا وظیفہ یہ ہے کہ مختلف قسم کے ان تہیجات کے اخذ کرنے اور منتقل کرنے میں آسانی پیدا کی جائے کہ جن میں جلد یا عمیق تر ساختیں منکشف ہو سکتی ہیں۔ چنانچہ لمس' حرارت' سردی' درد' اور عضلی تفتیش کے لئے مخصوص منتہائی اعضا ہیں۔ ایک خاص رقبہ میں کے تمام ریشے مستدق ہو کر ایک محیطی عصب کا حسی جزو بناتے ہیں' جس میں وہ ضفیرات میں سے گذرتے ہوئے اپنے خلوی جسموں تک پہنچتے ہیں' جو کہ خلفی عصبی جڑوں کے عقدات میں ہوتے ہیں۔ پھر وہ خلفی عصبی جڑوں کی راہ سے نخاع میں داخل ہو جاتے ہیں' جہاں وظیفہ کے لحاظ سے ان کی دوبارہ توزیع ہوتی ہے۔ وہ ریشے جو کہ وضع اور مجہول حرکت کے احساسات منتقل کرتے ہیں' بلا انقطاع کئے نخاع کے خلفی ستونوں میں اوپر چڑھ جاتے ہیں۔ جیسے جیسے بالائی فلقی لیولوں کے ریشے داخل ہوتے ہیں وہ زیریں فلقوں کے ریشوں سے اوپری اور بیرونی طرف واقع ہوتے ہیں۔ بالآخر خلفی ستونی ریشے' رشیق اور فانہ نما نواتوں میں ختم ہو جاتے ہیں۔

فانہ نما اور رشیق نواتوں سے ایسے عصبی ریشے نکلتے ہیں جو کہ فی الفور مخالف جانب کے عصبی ریشوں کے ساتھ تقاطع کر جاتے ہیں (معصب کا تقاطع decussation of the fillet :) اس کے بعد دونوں طرف کے وسطی معصب کے ریشے اوپر چڑھ کر بصری عرشہ میں پہنچ جاتے ہیں اور وہیں ختم ہو جاتے ہیں۔ ان احساسات کو جو کہ خلفی ستونوں سے ماخوذ ہوتے ہیں، ریشوں کا ایک تازہ سلسلہ عرشہ سے حسی قشرہ میں پہنچا کر ختم کر دیتا ہے۔ خلفی ستون کچھ لمسی احساس بھی منتقل کرتے ہیں، اور اگر وہ تلف ہو جائیں تو سطح جسم پر لگائے ہوئے سُر کے دوشاخہ کے ارتعاشات محسوس کرنے کی قوت ضائع ہو جاتی ہے۔

وہ ریشے جو کہ درد، حرارت اور سردی کا احساسات منتقل کرتے ہیں، نیز بعض لمسی ریشے، جوں ہی کہ نخاع میں داخل ہوتے ہیں، خلفی قرن کی راہ سے رمادی مادے میں داخل ہوتے ہیں اور وہاں ختم ہو جاتے ہیں۔ یہاں سے بطور برید کے (relay) حسی ریشوں کا ایک نیا سلسلہ شروع ہو کر وسطی خط کے پار چلا جاتا ہے، اور نخاع کے سپید مادہ میں پہنچ کر نخاعی عرشی خطے (spino-thalamic tracts) بناتا ہے۔ جیسا کہ ان کے نام سے ظاہر ہے، یہ بصری عرشہ میں جا کر ختم ہوتے ہیں، جہاں سے ریشوں کا ایک نیا سلسلہ حرارت، سردی، اور درد کے احساسات کو حسی قشرہ میں لے جاتا ہے۔

بصری عرشہ بجائے خود درد، تپش اور کچھ حد تک لمس کے کثیف احساسات کی شعوری وصولیابی کا عضو معلوم ہوتا ہے۔ حسی قشرہ حس پذیری کے لطیف تر پہلوؤں سے تعلق رکھتا ہے، اور بقول ہیڈ (Head) کے۔ اس میں حسب ذیل ترتیب پائی جاتی ہے۔ وہ ریشے جو کہ فضا میں جوارح اور سطح جسم کی وضع کے متعلق احساسات منتقل کرتے ہیں، رولینڈی شقاق (Rolandic fissure) کے قشرہ 599
میں ختم ہوتے ہیں۔ اس کے پیچھے پس مرکزی تزرید میں معروضات (objects) کی جسامت، شکل، وزن اور ساخت میں فرق اور مشابہت کے تاثرات جمع ہوتے ہیں۔ ان سے بھی پیچھے وہاں تک جہاں کہ فوقانی جداری اور فوق حاشیتی تزرید میں واقع ہیں، وہ ریشے ختم ہوتے ہیں جو کہ انفرادی تہیجات کی شدت میں فرق کا

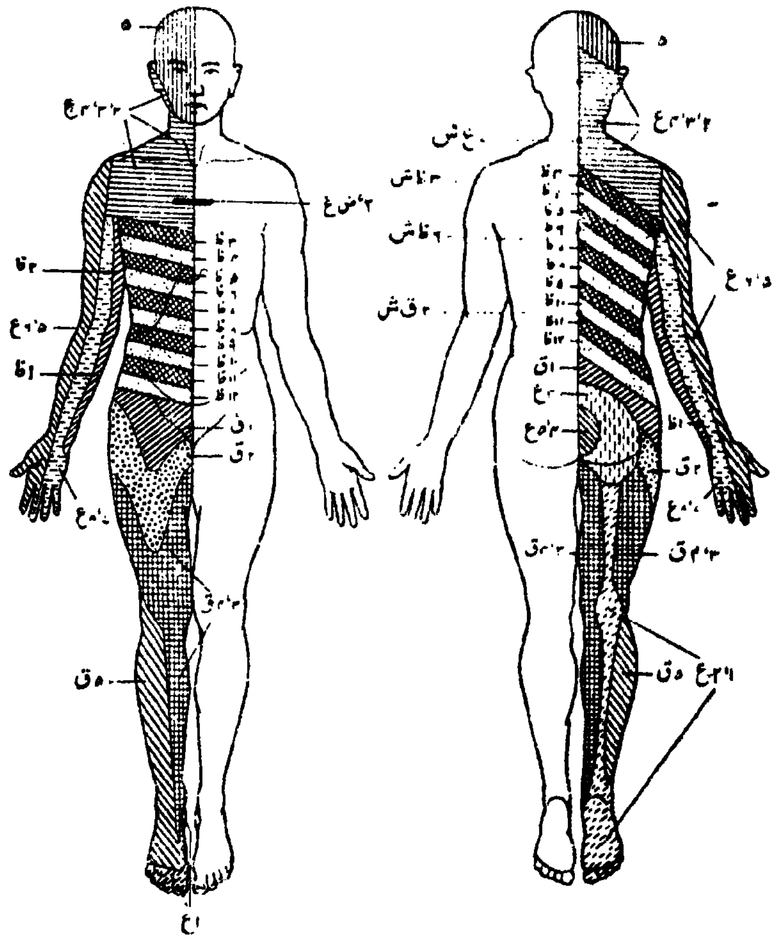
تاثر منتقل کرتے ہیں، خواہ وہ تہیجات لمس کے ہوں، یا تپش کے یا درد کے۔
یہ امر ظاہر ہے کہ حسی نقصان کی عام نوعیت اور توزیع، ضرر کے لیول کے



تصویر ۶۶ ۔ خاص اعصاب کی جلدی توزیع ظاہر کرنے کے لئے
(سر جیمز پروی سٹوارٹ کی تقلید میں)۔

لحاظ سے نہایت اختلاف پذیر ہو گی۔ محیطی عصبی ضرر کی حالت میں، عصب کی توزیع کے
اندر تمام قسم کی حس پذیری متاثر ہو جاتی ہے۔ خلفی عصبی جڑ کے ضرر کی حالت میں بھی
یہی صورت حال پائی جاتی ہے۔ لیکن نخاع کے اندر، ایک جانب کے خلفی ستون
کا ضرر ہم جانب جوارح میں وضعی حس اور ارتعاشی حس کا نقصان پیدا کرتا ہے،
اور احساس کی دیگر قسموں میں کوئی مداخلت واقع نہیں ہوتی۔ اگر خلفی ستون
کے صرف وسطانی ریشے متاثر ہوں تو حسی نقصان زیرین جارحہ تک محدود رہیگا۔
600 اگر ضرر عنقی کلائی سے اوپر ہے اور جانبی ریشوں تک محدود ہے، تو وضعی اور
ارتعاشی حس کا نقصان بالائی جارحہ تک محدود رہیگا۔ اس کے برعکس نخاعی عرشی خطہ
کا ضرر، جسم کے دوسری جانب پر حرارت، سردی اور درد کے احساس کا نقصان
پیدا کر دے گا۔ چونکہ لمسی حس پذیری جزوی طور پر خلفی ستونوں اور جزوی طور پر
نخاعی عرشی خطوں کے ذریعہ منتقل ہوتی ہے، لہذا لمسی احساس کا نقصان صرف
اس وقت واقع ہوگا جس وقت ریشوں کے یہ دونوں سلسلے تباہ ہوں گے۔
ایسا ضرر جو نخاع کے رمادی مادہ کے مرکز میں واقع ہو نخاعی عرشی ریشوں کو ان کے
تقاطع کے مقام پر ماؤف کرے گا، اور جسم کے دونوں جانب درد، حرارت
اور سردی کے احساس کا نقصان پیدا کرے گا جس کی توزیع مضرت کے
محل وقوع اور طولی وسعت پر منحصر ہوگی۔
معصبہ (fillet) کے تقاطع سے اوپر ایک وسیع ضرر، جسم کے مخالف
601 جانب تمام اقسام کی حس پذیری کا نقصان واقع کر دے گا، اگرچہ چونکہ معصبہ کے
کے ریشے اور نخاعی عرشی خطے کے ریشے وسط دماغ کے لیول تک ایک دوسرے
سے علیحدہ رہتے ہیں، لہذا وہ الگ الگ بھی متاثر ہو سکتے ہیں۔ بصری عرشہ
سے اوپر کا ضرر، جسم کے مخالف جانب ناکمل حسی نقصان کا موجب ہوگا۔ تماس،
درد، اور حرارت اور سردی کی انتہاؤں کا خفیف درجہ کا ادراک باقی رہیگا حقیقتہً
عرشہ سے اوپر کے اضرار کی حالت میں ہاتھ اور پاؤں میں احساس سب سے زیادہ
متاثر ہوتا ہے، اور جوارح کے قریبی حصوں اور دھڑ پر نسبتہً بہت کم خلل واقع ہوتا ہے
ضرر قشرہ کے جس قدر قریب ہوگا، اتنا ہی یہ زیادہ احتمال ہوگا کہ حسی نقص متفرق

قسم کا ہو، جس میں احساس کی کثیف قسمیں بہت کم متاثر ہوں گی اور حس پذیری کی فضائی اور تمیزی قسمیں شدت کے ساتھ مختل ہوں گی۔



تصویر ۲۔ جسم انسان کے قطعی حسی رقبہ جات بتاتی ہے۔
(سر فرقہر بزرڈ = Sir Furquhar Buzzard کی تقلید میں)۔

حسی راستہ کے کسی حصہ کے اضرار ایسے احساسات پیدا کر سکتے ہیں جن کو سن پن، جھنجھناہٹ، کانٹے چبھنے کے طور پر بیان کیا جا سکتا ہے، اور ان کو فساداتِ حسی کہتے ہیں۔ خاص طور پر ان اضرار کی حالت میں جو کہ جلد ہی احساس کا جزوی نقصان واقع کرتے ہیں، بسا اوقات ساتھ ہی بیش حسیت پائی جاتی ہے، یعنی اگرچہ احساس پیدا کرنے کیلئے مطلوبہ تہیج طبعی سے زیادہ ہوتا ہے، تاہم جس وقت احساس واقع ہوتا ہے تو وہ غیر طبعی نوعیت کا، غیر معمولی طور پر واضح، بالعموم دردناک ہوتا ہے، اور طبعی سے زیادہ وسیع طور پر پھیلنے کا رجحان رکھتا ہے۔ حسی اعصاب کے اضرار میں درد ایک اختلاف پذیر مقدار ہے۔ جب محیطی شاخچے ماؤف ہوتے ہیں، تو یہ بالعموم نمایاں خصوصیت کا نہیں ہوتا، لیکن عصبی تنوں یا ان کی شاخوں کے اضرار میں شدید ہو سکتا ہے، اور خلفی عصبی جڑوں کے مرض میں تقریباً ہمیشہ واقع ہوتا ہے۔ نخاع کے طولی خطوں کے اضرار بالعموم درد پیدا نہیں کرتے، اگرچہ بعض نمایاں مستثنیات موجود ہیں (مثلاً ہزال ظہری tabes dorsalis : میں) ہیر شمہ پر یا عرشہ کے قریب کے اضرار وسیع توزیع کا درد پیدا کر سکتے ہیں جس کے ہمراہ حساسیتِ درد (hyperalgesia) پائی جاتی ہے۔

معکوسی وظیفہ۔ سادہ ترین شکل میں معکوس فعل کی تعریف یہ ہے:۔ ایک نافذ منتہائی عضو (عضلہ یا غدی خلیہ) میں فعالیت کا اظہار جو کہ ایک آخذ منتہائی عضو کے ہیجان کی مجیبیت میں ہو، جب کہ یہ تہیج آخذ سے نافذ منتہائی عضو تک مرکزی نظام عصبی کے ذریعہ منتقل ہوتا ہے۔ یہ فعل ارادی طور پر انجام نہیں پاتا، اگرچہ فرد کو اس کا شعور ہوتا ہے۔ لہذا سادہ ترین معکوسی قوس میں کم از کم دو عصبیات ہوتے ہیں، آخذ اور نافذ۔ بالعموم ان کے درمیان بہت سے رابطہ یا ائتلافی ریشے حائل ہوتے ہیں۔

سب سے زیادہ ابتدائی معکوسی نظام وہ ہیں جو کہ غذائی یا ابرازی وظیفوں سے متعلق ہیں۔ ان معکوسات کے مراکز، آنت اور مثانہ کی دیواروں میں عقدی خلیات میں واقع ہوتے ہیں۔ لہذا اس وقت بھی جب کہ نخاع برباد ہو جائے اس قسم کی معکوس فعالیت جاری رہتی ہے۔ تاہم طبعی حالات میں ابتدائی یا پست

معکوسی مراکز کسی حد تک بلند تر مراکز کی فعالیت کے زیر اقتدار ہوتے ہیں۔ بعض مثالوں میں اور کسی حد تک پست، مراکز ارادی اقتدار کے تحت ہوتے ہیں۔ جب مرض کے نتیجہ کے طور پر بلند تر مراکز یا ارادہ کا اقتدار زائل ہو جاتا ہے تو پست مراکز کی فعالیت بڑھ جاسکتی ہے اور مثبت علامات کا موجب ہوتی ہے۔ سریری عصبیات میں سب سے زیادہ اہم وہ معکوسی وظیفے ہیں جن کا تعلق وضعی تنش یا توازن کو باقاعدہ رکھنے سے تبول اور تبرز سے، اور جسم کو وافر یا مضرت رساں ہیجان سے بچانے سے ہے۔

وضعی تنش کی باقاعدگی)۔ حیوانی فعلیات سے ہم کو یہ علم ہے کہ بلی میں اگر سرخ نواۃ کے لیول اور آٹھویں عصب کے ادخال کے لیول کے درمیان ساق دماغ کی عبوری تراش لی جائے، تو اس کے نتیجے کے طور پر عضلی تنش کی عام طور پر زیادتی ہوتی ہے، جو ایک خاص نمونہ اختیار کرتی ہے (یعنی باسط گروہوں کا غلبہ) اور اس کو منزع الدماغ کرختگی کہتے ہیں۔ انسان میں جیسا کہ ہم پہلے دیکھ چکے ہیں، ہرمی خطوں کے کسی حصہ کے ضرر کے بعد، متاثرہ عضلات میں تنش کی زیادتی ہوتی ہے، اور وہ بھی ایک باقاعدہ نمونہ اختیار کرتی ہے۔ یہ دونوں مظہر نہایت قریبی طور پر مشابہ ہوتے ہیں، اور یہ فرض کیا جاتا ہے کہ دونوں حالتوں میں ان کا سبب، معکوس تنشی مراکز کا اقتدار سے آزاد ہونا ہے۔

اس بڑھی ہوئی عضلی تنش کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ناگہانی کھنچاؤ کی مجیبیت میں معکوسی انقباض بہت ہی زیادہ ہو جاتا ہے۔ لہذا کسی عضلہ کے وتر کو تھپک کر
602 اس کو منقبض کرنا اب نسبتہً زیادہ آسان ہوتا ہے اور انقباض زیادہ تیز ہوتا ہے نیز اگر مفصل پر پیریت (leverage) کے ذریعہ کسی عضلہ کو مسلسل کھینچا جائے تو تیز انقباض واقع ہوتا ہے جس کا ردعمل واقع ہو کر مزید انقباض کی تہییج کرتا ہے، وقس علی ہذا۔ اس مظہر کو رجفہ (clonus) کہتے ہیں۔

وتری معکوسات کی تخفیف یا فقدان ہر اس ضرر سے واقع ہو سکتا ہے جو کہ متعلقہ معکوسی قوس میں خلل کرے۔ اس معکوس قوس میں حسب ذیل چیزیں شامل ہیں: وارد ندو ریشے جو عضلہ اور وتر سے آتے ہیں، ایستلافی ریشے جو قبل اس کے کہ مقدمی قرنی خلیات سے

تماس کرنے کے لئے رمادی مادے میں داخل ہوں کچھ دور تک خلفی ستونوں میں دوڑتے ہیں، اور زیرین حرکی عصبیتی اکائیاں۔ لہذا وتری جھٹکے، محیطی اعصاب، خلفی ستونوں، نخاع کے مرکزی رمادی مادہ یا مقدمی قرنی خلیات کے مرض میں کم ہوجاتے ہیں یا معدوم ہوجاتے ہیں۔

خاص اہمیت کے وتری معکوسات، مع ان کے نخاعی اور محیطی راستوں کے حسب ذیل ہیں۔

معکوس	نخاعی فلقہ	محیطی عصب
ذوراسین کا جھٹکا	عنقی ۵ اور ۶	عضلی جلدی
ثلاثۃ الرؤوس کا جھٹکا	عنقی ۶ اور ۷	عضلی مرغولی
باطحہ کا جھٹکا	عنقی ۵ اور ۶	عضلی مرغولی
رکبی جھٹکا	قطنی ۲، ۳ اور ۴	مقدم ساقی
ٹخنہ کا جھٹکا	عجزی ۱ اور ۲	نسائی

توازن (equilibrium)— قوت جاذبہ (gravity) کے لحاظ سے جسم کی، جسم کے لحاظ سے سر کی، اور سر کے لحاظ سے آنکھوں کی صحیح وضع قائم رکھنا، وضعی تنش کا وظیفہ ہے۔ لیکن چونکہ توازن کے اختلالات، عصبیاتی علامات کا ایک اہم گروہ ہیں، لہذا توازن کی فعلیات ایک جداگانہ تشریح کی محتاج ہے۔

توازن کا قیام خاص طور پر درآرندہ صدمات پر منحصر ہوتا ہے جو کہ تین منبعوں سے ماخوذ ہوتے ہیں، آنکھوں سے، تیہات سے، اور خود عضلات سے۔

یہ درآرندہ صدمات ایسے معکوسی مراکز میں جو ساق دماغ اور دمیغ کے اندر واقع ہوتے ہیں، ہم آہنگ ہوتے ہیں اور مناسب عضلات کو تنشی صدمات کی ایک مسلسل رو بہم پہنچاتے ہیں۔

وہ صدمات جو خود عضلات سے ماخوذ ہوتے ہیں نہایت ہی اہم ہوتے ہیں۔

ایک آدمی جس کے دونوں تیہات تلف ہو گئے ہوں استادہ وضع میں قائم رہ سکتا ہے اور آنکھیں بند کرکے چل پھر سکتا ہے، اس کے برخلاف ایک مریض جس میں خلفی ستونوں کے اتلاف کی وجہ سے عضلی حس پذیری زائل ہو گئی ہو، آنکھوں اور تیہات کے صحیح و سالم ہونے کے باوجود توازن کا شدید اختلال ظاہر کرتا ہے۔ وہ صدمات جو کہ آنکھوں سے ماخوذ ہوتے ہیں کمتر اہمیت رکھتے ہیں۔

انسان میں تیہ کا خاص وظیفہ سر اور آنکھوں کا توازن قائم رکھنا ہے۔ ہر طرف کا تیہ سر اور آنکھوں کو درمیانی خط کی طرف دباتا ہے۔ چنانچہ بائیں تیہ کے اتلافی ضرر کی حالت میں، فذال بائیں شانہ کی طرف گر پڑنے کا رجحان رکھتا ہے۔ اور جب مریض کو اپنے انتہائی دائیں طرف دیکھنے کو کہا جائے تو دائیں تیہ کے بے روک فعل کی وجہ سے آنکھیں بائیں طرف کو چلی جاتی ہیں۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اگر مریض دائیں طرف انحراف کرنے کی کوشش جاری رکھے تو مقلات چشم کا باقاعدہ اہتزاز واقع ہوتا ہے جس کو رقص المقلہ (nystagmus) کہتے ہیں۔

وہ علامات جو کہ تیہات کے اتلافی ضررات سے پیدا ہوتے ہیں، ضرر کی حدت کے لحاظ سے بہت ہی اختلاف پذیر ہوتے ہیں۔ اگر تدریجی اتلاف ہو تو ہم آہنگ کرنے والے مراکز تعویض کے ذریعہ ان سے نپٹ سکتے ہیں، لہذا کوئی علامت نمودار نہیں ہوتی، لیکن ایک حاد ضرر شدید دوران سر پیدا کر سکتا ہے، بلکہ مریض کو زمین پر گرا دیتا ہے۔ انسان میں ہم آہنگ کرنے والے مراکز کا صحیح محل وقوع نامعلوم ہے، لیکن ساق دماغ کے ہر اس حصہ کا ضرر جو لُب سے لے کر تیسرے بطین کے خلفی سرے کے یا دماغ کے لیول تک ہو توازن کا اختلال اور رقص المقلہ پیدا کر سکتا ہے۔

تبول انسان میں مثانہ پر اقتدار کی تحقیقات۔ حال ہی میں ڈینی برون 603
(Denny-brown) اور رابرٹسن (Robertson) نے کی ہے اور جن خاص نتائج پر وہ پہنچے ہیں وہ حسب ذیل ہیں:-

مثانہ اور اس کے عاصرات (اندرونی اور بیرونی) کی عصبی رسد تین منبعوں سے ماخوذ ہوتی ہے، ان میں سب سے زیادہ اہم حوضی اعصاب کا وہ جوڑا ہے جو کہ دوسری، تیسری اور چوتھی عجزی جڑوں سے نکلتا ہے۔ ان اعصاب کی تہییج مثانہ کی

دیوار (عضلہ مخرج بول = detruser) کا انقباض اور اندرونی عاصرہ ہی کا ارتخا پیدا کرتی ہے۔ حیاتی اعصاب، جو کہ دوسری، تیسری اور چوتھی عجزی جڑوں سے ہی ماخوذ ہوتے ہیں، بیرونی عاصرہ کی تعصیب کرتے ہیں، اور ان کی تہییج پر اس کا انقباض واقع ہوتا ہے۔ رسد کا تیسرا منبع، خشلی اعصاب کی راہ سے آتا ہے، جو کہ گیارھویں اور بارھویں صدری اور پہلی قطنی جڑوں سے ماخوذ ہوتے ہیں۔ ان اعصاب کی تہییج اندرونی عاصرہ کا انقباض اور عضلہ مخرج بول کا کسی قدر امتناع پیدا کرتی ہے۔ تاہم ایک حیوان میں دونوں خشلی اعصاب کی تراش تبول کا بہت کم اختلال پیدا کرتی ہے، یا بالکل نہیں کرتی۔ لہذا عصبی رسد کا یہ منبع نسبتہً کوئی اہمیت نہیں رکھتا۔ اگر ان تمام اعصاب کو کاٹ کر الگ کر دیا جائے اور اس طرح مثانی ضفیرہ اکیلا رہ جائے تو مثانہ اپنے مافیہا کو وقفوں کے ساتھ خارج کرتا رہے گا۔

طبعی حالات میں مثانہ کے اندر سیال کا اجتماع، اس کی دیواروں کے لے دار انقباضات پیدا کرتا ہے۔ یہ انقباضات ایک مانع اثر کے اقتدار میں رہتے ہیں جو پست جسموں پر تحت شعوری طور پر عمل کرتا ہے۔ قوت ارادی اس مانع اثر کو بڑھا سکتی یا دور کر سکتی ہے۔ چنانچہ اگر پیشاب کرنے کا ارادہ کیا جائے تو اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ انقباض کی قوت بڑھ جاتی ہے اور اندرونی عاصرہ کا متلازم ارتخاء واقع ہوتا ہے، اور بعد ازاں بیرونی عاصرہ کا بھی، اور تبول کا فعل واقع ہوتا ہے۔ اس کے برعکس، اس وقت بھی جبکہ مثانہ بھرا ہوا ہو، قوت ارادہ کے ذریعہ انقباض کا امتناع کیا جا سکتا ہے، اور اگر اس کے ساتھ بیرونی عاصرہ کا ارادی انقباض بھی شامل ہو تو تبول روک دیا جاتا ہے۔ جن راستوں کے ذریعہ یہ اقتدار عمل میں لایا جاتا ہے وہ ہرمی خطوں کے بالکل قریب واقع ہوتے ہیں۔

مثانہ کا مجہول تمدد، بڑھتی ہوئی بے آرامی کا موجب ہوتا ہے۔ لے دار انقباضات پست جسموں پر کوئی احساس پیدا نہیں کرتے، لیکن جیسے جیسے مثانہ کی دیوار متمدد ہوتی جاتی ہے وہ شعور کے اندر داخل ہونے کا رجحان رکھتے ہیں۔

نخاع یا ذنب الفرس کے ناگہانی ضرر کے بعد مخرج البول مثانی عضلہ

(detruser vesicæ) کا شلل اور اندرونی عاصرہ کا تنشی انقباض واقع ہوتا ہے۔ نخاعی صدمے کی ہیئت سے صحتیابی ہو جانے کے بعد قسری تبول نمودار ہوتا ہے۔ ذنب الفرس کے ضرر کی حالت میں پیشاب کا حجم جو کہ مثانہ میں پایا جاتا ہے تھوڑا ہوتا ہے اور اخراج کمزور ہوتا ہے۔ نخاع کے ایسے ضرر کے بعد جس میں عجزی فلقات اور مثانہ کے ساتھ ان کے تعلقات صحیح و سالم رہیں، یہ حشاء زیادہ تمدد کی قابلیت رکھتا ہے اور زیادہ زور کے ساتھ منقبض ہوتا ہے، اور دیگر معکوسات کو بروئے کار لاکر جو کہ نخاع کے جدا شدہ فلقات پر منحصر ہوتے ہیں، تبول کے فعل کا امتناع یا تسہیل کی جا سکتی ہے۔

تبرز (defecation)۔ ڈینی برون اور رابرٹسن نے تبرز کے عصبی اقتدار پر بھی تحقیقات کی ہے، اور وہ اس نتیجے پر پہنچے ہیں کہ اس کا میکانیہ تبول کے میکانیہ کے ساتھ قریبی مشابہت رکھتا ہے۔ معاء مستقیم اور مبرزی قنال (بشمول اندرونی عاصرہ) کی خاص عصبی رسد حوضی اعصاب سے ماخوذ ہے جو کہ دوسری، تیسری اور چوتھی عجزی جڑوں سے نکلتے ہیں۔ بیرونی عاصرہ کی عصبی رسد حیائی اعصاب سے ماخوذ ہوتی ہے، جو کہ دوسری، تیسری، چوتھی عجزی جڑوں ہی سے نکلتے ہیں۔

تاہم اگر مستقیم اور مبرز اس عصبی رسد سے الگ ہو جائیں تو قسری تبرز واقع ہو سکتا ہے جو کہ ان معکوسی مراکز کے وظیفہ پر منحصر ہوتا ہے جو ان احشا کی دیوار وں میں واقع ہوتے ہیں۔ مستقیم کی دیواروں پر تناؤ پیدا ہونے سے عضلی انقباض واقع ہوتا ہے جس کے ساتھ اندرونی عاصرہ کا متلازم ارتخاء واقع ہوتا ہے۔ یہ سارا عمل غیر ارادی ہوتا ہے، اگرچہ شکمی دیوار کو ارادی طور پر منقبض کرنے سے اس میں تسہیل ہوتی ہے۔ تبرز پر ارادی اقتدار، بیرونی عاصرہ کے فعل تک محدود ہوتا ہے، جس کو حسب ارادہ کھولا اور بند کیا جا سکتا ہے۔ جب مستقیم کے مرکزی عصبی تعلقات صحیح و سالم ہوں، تو معکوسی انقباضات ترقی پذیر نوعیت اور بہتر امتزاج ظاہر کرتے ہیں، چنانچہ مجیبت اس سے زیادہ ضخیم اور زیادہ مکمل ہوتی ہے کہ جتنی مرکزی اقتدار سے مستقیمی ضفیرہ کے الگ ہو جانے کی حالت میں ہوتی ہے۔ نخاع یا ذنب الفرس کے ضرر کے بعد ایک

ہیئت ایسی آتی ہے کہ جس میں مستقیمی معکوسہ کا امتناع ہوتا ہے اور اندرونی عاصرہ کی تقلص بڑھ جاتی ہے۔ اس کے بعد قسری تیبرز قایم ہو جاتا ہے، اور اس میں ارادی اقتدار کی عدم موجودگی، بیرونی عاصرہ کے تقلص کی وجہ سے ہوتی ہے۔

محافظ اور دوسرے معکوسات۔ ان محافظ معکوسات میں سے کہ جو سریری تحقیقات میں اہمیت رکھتے ہیں، سادہ ترین قرنیتی معکوسہ ہے، یعنی آنکھ کا بند ہونا ایک ایسے تہیج (لمسی یا دوسرے) کی مجیبیت میں جو کہ قرنیہ کو لگایا جائے۔ معکوسی قوس میں درآرندہ طرف ثلاثی توأمی عصب شامل ہے۔ قرنیتی سطح کے اکثر حصہ کو عینی قسمت سے رسد پہنچتی ہے، لیکن اس کے محیط کے زیرین حصہ میں ایک چھوٹا سا فلقہ ایسا ہے کہ جس کو فکی سے رسد پہنچتی ہے۔ برآرندہ ریشے وجہی عصب کی وہ شاخیں ہیں جو کہ عضلۂ محیط الجفن کو رسد دیتی ہیں۔ قرنیتی معکوسہ مذکورہ بالا درآرندہ یا برآرندہ ریشوں کے اضرار کی وجہ سے، گسیریائی عقدہ، توامی ثلاثی عصب کی حسی جڑ یا نواۃ، یا ساتویں عصب کے نواۃ یا تنہ کے اضرار کی وجہ سے گھٹ سکتا یا زایل ہو سکتا ہے۔

حدقی معکوسہ۔ روشنی سے پتلی کا معکوس طور پر سکڑ جانا ایک معنی میں یہ بھی ایک محافظ معکوسہ ہے۔ درآرندہ راستے میں شبکیہ، بصری اعصاب اور بصری خطے، اور فوقانی رباعی توأمی اجسام میں کہاوتی استبصاری مراکز شامل ہیں۔ یہاں سے اتصالی ریشے دونوں طرف کے ان درآرندہ راستوں کو پتلیوں کی تعصیب کرنے والے خلیات سے وابستہ کر دیتے ہیں جو کہ تیسرے عصب کے نواتوں کے اگلے حصہ میں واقع ہیں۔ چنانچہ ایک آنکھ کی تنویر کی مجیبیت میں دونوں پتلیاں سکڑ جاتی ہیں۔ یہ معکوسہ شبکیہ، بصری عصب، بصری خطوں، فوقانی رباعی توأمی اجسام، تیسرے عصب کے نواتوں یا تیسرے عصب کے اضرار سے گھٹ جا سکتا یا زائل ہو سکتا ہے۔ ایک ہی بصری عصب کے ضرر کی حالت میں اس طرف کی آنکھ کی تنویر کسی پتلی کو بھی نہیں سکیڑتی، لیکن دوسری آنکھ کی تنویر دونوں پتلیوں کو ہم زماں طور پر سکیڑ دے گی۔ ان حالات میں متاثرہ جانب کی پتلی کے متعلق کہا جاتا ہے کہ وہ براہ راست تہیج کا نہیں، بلکہ ہم احساس تہیج کا ردِعمل کرتی ہے۔ پتلیوں کا وہ انقباض جو کہ عینی استدقاق اور توفیق کے

ہمراہ واقع ہوتا ہے' ایک ابتلاقی حرکت ہے نہ کہ ایک منعکسہ۔

اخمصی منعکسہ ۔ یہ منعکسہ بہت بڑی اہمیت رکھتا ہے ۔طبعی حالات میں انسان میں پاؤں کے تلوے کی تہییج (جس میں زور سے خط کھینچ کر تماس کیا جاتا ہے) انگوٹھے کی خمیدگی واقع کرتی ہے ۔اگر ہرمی خطہ کا ضرر موجود ہو تو اس حرکت کا الٹ واقع ہوتا ہے یعنی انگوٹھا اوپر کو حرکت کرتا ہے (باسط اخمصی مجیبیت) اور اس حرکت کے ہمراہ بسا اوقات سارے کے سارے زیریں جارحہ کے خم کن عضلات سکڑتے ہیں۔ نخاع کے مکمل مرضی ضرر کی حالت میں' جب نخاعی صدمہ کی ہیئت گزر جاتی ہے' تو خم کن عضلات کا انقباض صرف اس جارحہ تک محدود نہیں رہتا کہ جس کے تلوے کی تہییج کی جاتی ہے ۔ ممکن ہے دونوں جوارح' ایک طاقتور خم کن تشنج (کلی منعکسہ) کی صورت میں ہم زماں طور پر کھنچ آئیں ۔ انگوٹھے کی یہ اوپر جانے کی حرکت' اور اس کے ساتھ ایک یا دونوں زیریں جوارح کا خم کن تشنج' دوسرے رقبہ جات سے بھی حاصل ہو سکتا ہے' خاص طور پر اگر استعمال کردہ تہییج مضرت رساں قسم کا ہو (گھروینچا مارنا یا چٹکی لینا) ۔ نخاع کی عبوری تراش جس قدر زیادہ مکمل ہوگی' منعکسی منطقہ اتنا ہی زیادہ وسیع ہوگا' اور کلی منعکسہ کا اتنا ہی زیادہ رجحان ہوگا ۔ چنانچہ ایک مکمل ضرر کی حالت میں زیریں جوارح کے کسی بھی حصہ پر الپن کے ذریعے خط کھینچنے سے کلی منعکسہ (massive reflex) کی تحریک ہو سکتی ہے ۔

اس منعکسہ کی نوعیت' کہ باسط اخمصی مجیبیت جس کا ایک حصہ ہے' ابتلاقی ہے کہ یہ پیچھے ہٹنے کی ایک محافظ حرکت ہے ۔ منعکسی مراکز جو اس سے متعلق ہیں' نخاع کے زیریں حصہ میں واقع ہیں ۔طبعی حالات میں اوپر سے ان کا امتناع ہوتا ہے' اور ان کی فعالیت صرف اس وقت ظاہر ہوتی ہے جب کہ مرض کی وجہ سے یہ امتناعی اثر دور ہو جائے ۔

شکمی منعکسات ۔ جب خط کھینچ کر تماس کر کے یا ہلکے سے کھرچ کے شکمی دیوار کی تہییج کی جاتی ہے تو طبعی حالات میں زیر افتادہ عضلات کا زوردار انقباض واقع ہوتا ہے ۔ غالباً یہ محافظ اصل رکھتا ہے' اور چوپایوں میں اس کا مقصد مکھیوں کو جھٹکنا ہے ۔ جب جلد سے آنے والے درآئندہ اعصاب' یا عضلہ کو جانے والے

حرکی اعصاب تلف ہو جاتے ہیں، نیز جب عضلات پلپلے اور بے تنش ہوں جیسے کہ کثیر الاولاد عورتوں یا فربہ افراد میں، تو یہ منعکسہ زائل ہو جاتا ہے۔ اس سے زیادہ اہم تر واقعہ یہ ہے کہ شکمی منعکسات ہرمی خطوں کے مرض میں زائل ہو جاتے ہیں۔

مرکزی نظامِ عصبی کی دموی رسد

دماغ کے شرائین۔ اس امر کے پیش نظر کہ نزف، سدادیت اور شریانی علقیت، دماغی مرض کے کثیر الوقوع اسباب ہیں، دماغ کی شرائین کی توزیع نہایت اہمیت رکھتی ہے۔

مقدم دماغی شریان (anterior cerebral artery) فوقانی جبہی تلفیف کو، اور نیم کرۂ دماغ کی اندرونی سطح کو پیچھے قذالی جداری شق تک رسد پہنچاتی ہے۔ **وسطی دماغی شریان (middle cerebral artery)** دماغ کی بیرونی محدب سطح کے زیادہ تر حصے کو رسد پہنچاتی ہے، فی الحقیقت فوقانی جبہی اور قذالی تلافیف کے سوائے سب کو۔ یعنی دوسری اور تیسری جبہی، پیش مرکزی اور پس مرکزی، جداری کے اوپر بالائی اور وسطی صدغی و تدی تزارید کو رسد پہنچاتی ہے۔ **موخر دماغی (posterior cerebral) شریان** لختۂ قذالی کی بیرونی سطح پر، اور تمام اندرونی یا خیمتی سطح کو رسد پہنچاتی ہے، یعنی مقدم دماغی شریان کی توزیع کی حد سے لے کر صدغی لختہ کی نوک تک (جس کو وسطی دماغی شریان سے رسد پہنچتی ہے)۔ فقری (vertebral) اور قاعدی (basilar) شرائین دماغچہ اور جسر فاروِلی کو رسد پہنچاتی ہیں۔

دماغ کے مرکزی حصے تین بڑے عقود کے، ان شاخوں سے رسد حاصل کرتے ہیں جو دائرۂ ولیس (circle of Willis) اور تین دماغی شرائین کے مبداء سے باہر نکل کر عصبی جرم کے اندر انتصاباً چلی جاتی ہیں، اور ایک دوسرے کے ساتھ یا قشری نظام کی شرائین کے ساتھ تفمم نہیں کرتیں۔ یہ مندرجہ ذیل گروہوں میں منقسم ہیں: ایک گروہ جس کا نام داخلی مخطط (internal striate) ہے نواۂ عدسیہ کے دو اندرونی حصوں کو اور کیسۂ داخلی کے اگلے حصہ کو رسد پہنچاتا ہے۔

دوسرا گروہ یعنی علاسی مخطط (lenticulo-striate)' نواتہ عدسیہ کے بیرونی حصے کو رسد پہنچاتا ہے۔ اور تیسرا گروہ' یعنی علاسی بصری (lenticulo-optic)' عرشہ کے اگلے حصے کو رسد پہنچاتا ہے۔ عدسی مخطط گروہ میں کی ایک بڑی عرق کو شارکو (Charcot) نے شریانِ نزفِ دماغی (artery of cerebral haemorrhage) کا نام اس لیے دیا کہ اکثر اسی کا انشقاق سکتہ (apoplexy) کا سبب ہوتا ہے۔

بڑی شرائین سے مرکزی عقود کے تعلقات حسب ذیل ہیں: —

نواتۂ ذنبیہ اپنی دموی رسد مقدم اور وسطی دماغی شرائین سے حاصل کرتا ہے۔ نواتۂ عدسیہ مقدم مشیمیتی (anterior choroid) اور وسطی دماغی ہے۔ عرشۂ بصری موخر رابطی کی مرکزی شاخوں (posterior communicating central branches) سے اور موخر دماغی ہے۔ اجسام رباعیہ توامیہ اور اجسام رکبیہ موخر دماغی سے۔ داخلی کیسہ اپنے اگلے نصف میں مقدم دماغی اور وسطی دماغی سے' اور پچھلے نصف میں موخر رابطہ' مقدم مشیمیتی اور وسطی دماغی شرائین سے۔

سٹینلے کاب (Stanley Cobb) اور دوسروں نے یہ ثابت کر دکھایا ہے کہ دماغ کی شرائین عرق حرکی اعصاب کے اقتدار میں ہوتی ہیں۔ مضیق العروق ریشے' عنقی مشارکی نظام سے ماخوذ ہوتے ہیں' اور خاص شرائین کے ہمراہ جمجمہ میں داخل ہوتے ہیں۔ موسع العروق ریشے جسر سے نکل کر وجہی عصب کی راہ سے رکبی عقدوں میں پہنچ جاتے ہیں' جہاں سے ان کی توزیع دماغی عروق میں ہو جاتی ہے۔ حیوان میں عصب تائیہ (vagus) کے مرکزی کٹے ہوئے سرے کی برقی تہییج سے دماغی شریانوں کا معکوس اتساع انہی مجریات سے ہوتا ہے۔

دماغی عروق میں عرق حرکی اقتدار کے اس دوہرے نظام کی موجودگی کے معنی یہ ہیں کہ قشرہ میں ویسے ہی عرق حرکی اختلالات ہونے کا امکان ہے' کہ جیسے جلد میں واقع ہوتے ہیں' جیسے تمتماہٹ' شحوب' اور اُذیما۔

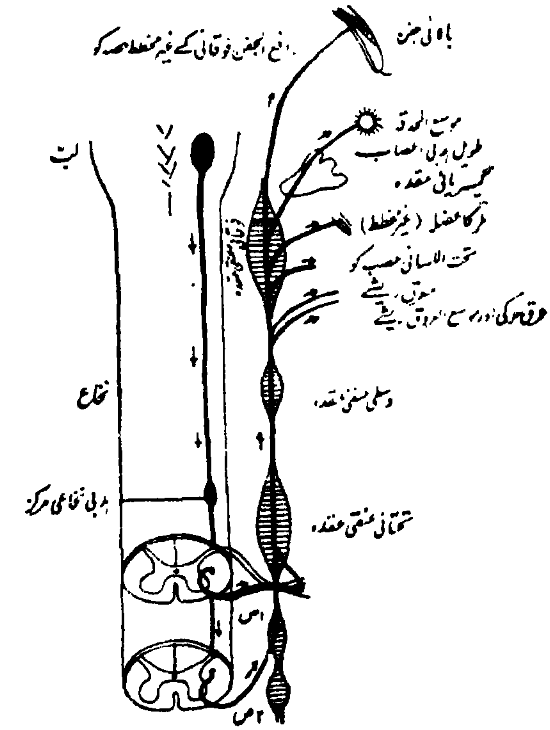
نخاع کے شرائین۔ مقدم نخاعی شریان، فقری شریانوں میں سے اس جگہ جہاں وہ ملتی ہیں ایک سے ماخوذ ہے، اور دوسری فقری شریان سے بھی ایک چھوٹی سی رابط شاخ وصول کرتی ہے۔ یہ نخاع کے سامنے، وسطی خط میں نیچے کو جاتی ہے، اور اپنے ممر سے زاویۂ قائمہ پر ثاقب شاخیں دیتی ہے، جو رمادی مادہ کے مقدم قرن کو رسد دیتی ہیں۔ خلفی نخاعی شرائین، جو فقری شرائین سے ہی ماخوذ ہوتی ہیں، خلفی عصبی جڑوں کے نقاط ادخال کے سامنے، نیچے کو جاتی ہیں۔ یہ تین شرائین ایک دوسرے کے ساتھ جانبی شاخوں کے ذریعے ربط رکھتی ہیں، جو نخاع کے گرد پے در پے زنجیریں بناتی ہیں، اور نخاع کو ثاقب شاخوں کے ذریعے رسد پہنچتی ہے۔ اس شریانی نظام کو چھوٹی چھوٹی ایسی شریانیں تقویت دیتی
606 ہیں، جو ہر میاں فقری سوراخ کی راہ سے داخل ہوتی ہیں اور نخاع کی دموی رسد کا ایک اہم منبع بناتی ہیں۔ لہذا جب کوئی بالید مثلاً واسط کی میاں فقری سوراخوں کے سلسلہ پر حملہ آور ہوتی ہے، تو نخاع کی لینت واقع ہو جاتی ہے۔

عنقی مشارکی ریشے

(cervical sympathetic fibres)

سر اور گردن کو جانے والے پیش عقدی ریشے نخاع سے دونوں جانب کی دو بالائی صدری جڑوں کے راستے سے خارج ہوتے ہیں، اور پھر ان عقدی خلیوں میں چلے جاتے ہیں جو کہ عنقی مشارکی عقود کی زنجیر میں واقع ہیں۔ اپنی رسد کے رقبہ میں عضلاتِ مضیق العروق (vasoconstrictor muscles) اور غددِ متعرق (sweat-glands) کی تعصیب کرنے کے علاوہ وہ آنکھ سے متعلق بعض مخصوص وظائف رکھتے ہیں، یعنی عضلۂ مُلَر (muscle of Muller) کو رسد پہنچانا، جو کہ محجر کی پشت پر وتدی فلکی حفرہ کو عرضاً عبور کرتا اور آنکھ کو آگے کی طرف دھکیلتا ہے، اس عضلہ میں کے غیر مخطط ریشوں کو رسد پہنچانا جو بالائی پپوٹے کو اوپر کو اٹھاتا ہے، اور پتلی کے عضلۂ موسعہ کو رسد پہنچانا۔ ان وظائف میں ہم آہنگی پیدا کر دینے کا کام ایک مرکز انجام دیتا

جولب میں واقع ہے اور جس سے ریشے نکل کر نیچے کے طرف ایک اسفل مرکز کو جاتے ہیں (ہدبی نخاعی مرکز : cilio-spinal centre جو نخاع کے آٹھویں



شکل ۴۔ عنقی مشارکی کے عینی حدقی ریشوں کے مر کی تصویر (مسٹر جی پرویس سٹوارٹ سے لی گئی ہے)۔

عنقی قطعہ میں ہے)۔

اس سے معلوم ہوگا کہ لب، عنقی نخاع، دو بالائی صدری جڑوں یا عنقی مشارکی زنجیر کے کسی ضرر سے ان وظائف میں خلل واقع ہو سکتا ہے۔ یک جانبی عنقی مشارکی شلل کے سریری علامات حسب ذیل ہوتے ہیں: کسیقدر استرخاء الجفن

(ptosis)، غوور العین (enophthalmos)، پتلی کا سکڑ کر تنگ ہو جانا، اتساع عروق اور ماؤف جانب پر تعریق کا امتناع۔

دماغی نخاعی سیال

مشیمیتی ضفیرہ کے خلیات، دماغی نخاعی سیال کا افراز، خون سے دماغ کے جانبی بطینوں کے اندر کرتے ہیں۔ وہاں سے یہ سیال سوراخہائے منرو (foramina of Monro)، بطین سویم اور مصیف سلفیوس (aqueduct of Sylvius) کی راہ سے بطین چہارم کے اندر جاتا ہے اور اسی طرح سوراخ مجینڈی کی راہ سے فضائے تحت العنکبوتیہ (subarachnoid space) کے اندر جہاں وہ سارے دماغ اور نخاع کو گھیرتا ہے۔ جب عروق مغذی دماغ اور نخاع کے جرم میں داخل ہوتے ہیں تو وہ اپنے آگے کے ام حنونہ کو منتقد کر دیتے ہیں چنانچہ ان کے گرد و گرد وعروقی فضائیں بن جاتی ہیں، جو زیر عنکبوتی فضاء کے ساتھ مسلسل ہوتی ہیں اور جن کے اندر دماغی نخاعی سیال موجود ہوتا ہے۔ کچھ شہادت یہ ظاہر کرتی ہے کہ ان گرد وعروقی فضاؤں میں کا سیال خون اور عصبی خلیات کے درمیان تبادلے کے واسطے کا کام انجام دیتا ہے یعنی وہی کام جو کہ لمف جسم کی دوسری ساختوں میں انجام دیتا ہے، نیز یہ کہ عصبی تحول سے پیدا ہونے والے فضلات کی تسییل اسی راستہ سے دماغی نخاعی سیال کے اندر ہو جاتی ہے۔ اسی واسطے قطنی کچوکے (lumbar puncture) سے حاصل کردہ سیال میں مشیمیتی ضفیرے کے خالص افراز کے علاوہ یہ فضلات بھی موجود ہوں گے۔ جوئے خون کے اندر اس سیال کے جذب ہونے کا راستہ غشائے عنکبوتی کے ان دقیق انغادات کی راہ سے ہے جو دماغ کے وریدی جوفوں کی دیواروں کے اندر موجود ہوتے ہیں (عنکبوتی خملات arachnoid villi) اور انجذاب کی شرح معمولاً افراز کی شرح سے متوازی ہوتی ہے۔

مرض کے نتیجے کے طور پر ممکن ہے بطینی نظام سے دماغی نخاعی سیال کا خارجی بہاؤ رک جائے، ایسی حالت میں اس کا وہ حصہ جو تسدد سے قریبی طرف واقع ہے متمدد ہو جاتا ہے۔ اس طرح جو اتساع واقع ہوتا ہے درون جمجمی دباؤ

کی بہت بڑی زیادتی کا موجب ہوتا ہے۔

محیطی اعصاب اور عصبی جڑوں کے اضرار

محیطی اعصاب میں سے ایک کا ضرر، عضلی کمزوری اور لاغری پیدا کرتا ہے نیز احساس کا نقصان، جس میں احساس کی تمام قسمیں متاثر ہوتی ہیں۔ اور معکوسی وظیفے کا نقصان۔ تصویروں کی مدد سے ان تغیرات کی توزیع کا مطالعہ کیا جا سکتا ہے۔ مقدم یا موخر عصبی جڑوں کے اضرار، علی الترتیب حرکی اور حسی علامات پیدا کرتے ہیں، اور دونوں مثالوں میں معکوسی وظیفے کا نقصان ہوتا ہے۔ مناسب تصاویر اور جدولوں کے ذریعہ ان کی توزیع کا مطالعہ بھی کیا جا سکتا ہے۔

نخاع کے اضرار

عرضی ضرر کے نتائج کا ظہور بالخصوص اس طرح ہوتا ہے کہ نخاع کی ایصالی قوت میں مداخلت ہو جاتی ہے۔ لیکن اگر یہ ضرر انتصابا کچھ بھی وسیع ہو تو عصبی خلیوں پر اس کے اثرات پر بھی غور کرنا چاہیئے، مثلاً بالائی اور زیریں عصبیے دونوں متاثر ہو جاتے ہیں۔ یہ نتائج اس لحاظ سے بھی مختلف ہوتے ہیں کہ ضرر دوجانبی ہے یا یک جانبی کیونکہ کل تقاطع میں حرکی اور حسی ریشوں کے درمیان فروق پائے جاتے ہیں۔

یک جانبی عرضی ضرر کے نتائج اس نقطۂ نظر سے کہ وہ ایصال کو متاثر کرتا ہے (علامتیہ براؤن سیکارڈ)

اسی جانب پر کہ جس جانب ضرر ہے اور اسکے نیچے۔	ضرر کے مخالف جانب پر نیچے۔
عضلات کا شلل۔	لمس، درد، حرارت اور برودت کی حسوں کا نقصان۔
حساسیت درد (hyperalgesia)۔	عضلی قوت اور تغذیہ، عضلی حس، معکوسی فعل، اور تمیش طبعی ہوتے ہیں۔
جوارح کی وضع کی حرکات، جھول کی جلد پر جو نوکیں لگائی جائیں ان کی علیحدگی کی، اشیا کی جسامت شکل وزن اور قوام کی شعور	

کے دو شاخہ (tuning fork)
کے ارتعاشات کی شناخت کا نقصان۔
وتری جھٹکے پہلے کم اور پھر زیادہ ہو جاتے ہیں۔
اخمصی معکوسہ باسط (plantar
reflex extensor) ہوتا ہے،
اور شکمی معکوسے غائب ہو گئے ہیں بشرطیکہ
ضرر اتنا کافی بلند ہو کہ ان کو ماؤف کر دے۔
وعاحرکی شلل اور ارتفاع تپش۔
حس لمس، نیز درد، حرارت اور برودت کی
حس، اور تغذیۂ عضلات اور ان کے
برقی تعاملات باقی رہتے ہیں۔

دو جانبی عرضی ضرر کے نتائج اس نقطۂ نظر سے کہ وہ ایصال کو متاثر کرتا ہے

ضرر کے لیول سے نیچے عدم حسیت۔
ضرر کے لیول سے نیچے تمام عضلات کا شلل۔ لاغری نہیں ہوتی۔ برقی تعاملات متغیر نہیں ہوتے۔ شکمی تعاملات غیر موجود ہوتے ہیں۔ وتری جھٹکے زیادہ ہو جاتے ہیں۔ اخمصی جبینتیں باسط ہوتی ہیں۔
عاصری اقتدار کا نقصان۔

یہ علامات بعض حالات کے ساتھ حسب ذیل اختلاف ظاہر کرتے ہیں۔
اگر ضرر کا آغاز حاد ہے تو ابتداءً نخاعی صدمے کے زمانے میں مشلول عضلات کا کامل ارتخا ہوتا ہے اور ساتھ ہی وتری جھٹکے اور اخمصی جبینتیں زائل ہو جاتی ہیں۔ چند ہفتوں کے بعد اگر ضرر نامکمل ہے تو مشلول جوارح بسط شدگی کی حالت میں تشنجی ہو جاتے ہیں اور ساتھ ہی وتری جھٹکے زیادہ اور اخمصیات باسط ہو جاتے ہیں۔ اگر ضرر کامل ہے تو مشلول عضلات مرتخی رہتے ہیں، لیکن جوارح زیریں میں خم کن عضلات کے

غیر ارادی تشنج ہوتے ہیں جن کا نتیجہ تقبض ہو سکتا ہے۔ وتری جھٹکے عود کر آتے ہیں۔ اخمصی مجیبتیں باسط ہوتی ہیں۔

ہر ایک اصابت میں ان علامات پر اُن علامات کا اضافہ ہو سکتا ہے جو مخصوص ماؤف فلقہ کے عصبی خلیات کی نقصان رسیدگی سے پیدا ہو جاتے ہیں، نیز ان حرکی اور حسی ریشوں کی نقصان رسیدگی سے جو اگلی اور پچھلی عصبی جڑوں کے ذریعہ اس کے ساتھ براہ راست ملحق ہوتے ہیں۔ یہ علامات قدرتی طور پر ضرر کے لیول کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہیں۔

بالائی عنقی خطے کا دو جانبی ضرر چاروں جوارح کا تشنجی شلل اور ساتھ ہی ماؤف لیول سے نیچے حسی نقصان پیدا کر دے گا۔ اگلے قرن کے خلیوں کا مقامی اتلاف اس پر قصی حلمی عضلات اور عضلات مربعہ منحرفہ کی لاغری اور کمزوری مستزاد کر دے گا۔ صرف وہی مریض زندہ رہتے ہیں جن میں اس لیول کا ضرر جزئی ہوتا ہے۔ مکمل ضرر ڈایافرام کا شلل پیدا کر دیتا ہے۔

عنقی کلانی کا ضرر ماؤف فلقہ سے رسد حاصل کرنے والے عضلات کی لاغری اور کمزوری پیدا کر دے گا، مثلاً پانچویں عنقی فلقہ کی حالت میں عضلات دالیہ، عضلات شوکیہ اور ذوراسین کی، جب کہ ذوراسین کے وتری جھٹکے کا نقصان ہوگا (ملاحظہ ہو ڈایافرام صفحہ 594)۔ ضرر کے لیول سے نیچے تشنجی شلل اور حسی نقصان ہوگا۔

مزید برآں، تمام اضرار جو پہلے صدری فلقہ سے اوپر ہوتے اور اس کو شمول رکھتے ہیں، عنقی مشارکی ریشوں کا شلل پیدا کریں گے، یا تو لب میں ان کے نیچے کی طرف کے ممر میں یا اس نقطہ پر جہاں وہ پہلی صدری جڑیں سے باہر نکلتے ہیں (ملاحظہ ہو تصویر ۹۸ صفحہ 606)۔

صدری خطے کے اضرار فلقی امارات بہت کم پیدا کرتے ہیں۔ تاہم ممکن ہے کہ جس کرنے پر بعض اوقات اُن بین الاضلاع عضلات کی لاغری اور کمزوری معلوم ہو جن کو ماؤف فلقہ سے رسد پہنچی ہے۔ جب ضرر آٹھویں صدری فلقہ کے لیول سے نیچے ہوتا ہے تو شکمی عضلاتِ مستقیمہ کے بالائی نصف بچ جاتے ہیں۔

اسی واسطے بالائی شکمی معکوسات محفوظ رہتے ہیں۔ اور جب مریض اپنے سر کو اوپر اٹھانے کی کوشش کرتا ہے تو عضلاتِ مستقیمہ کے بالائی نصفوں کے بے روک فعل سے ناف اوپر کو کھنچ آتی ہے۔ پہلے کی طرح اب بھی ضرر کے لیول سے نیچے حسی نقصان اور شنجی شلل ہوگا۔

• قطنی کلانی کے اضطرابات اُن کے لیولوں کے لحاظ سے حسبِ ذیل سرسری طور پر تقسیم کیے جا سکتے ہیں:۔

تیسرے اور چوتھے قطنی قلقے:۔ کولہے کی خمیدگی باقی رہتی ہے۔ اس کے علاوہ جوارحِ زیرین مشلول ہو جاتے ہیں۔ البتہ الرؤوس عضلات اور عضلات مقربہ کا ذبول۔ رکبی جھٹکوں کا نقصان۔ ٹخنے کے جھٹکے تیز اور اخمصی مجیبتیں باسط ہوتی ہیں۔

پہلے اور دوسرے عجزی فلقے۔ کولہے کی خمیدگی، ران کی تقریب، گھٹنے کی بسط شدگی اور پاؤں کی ظہری خمیدگی یہ سب باقی رہتے ہیں۔ پنڈلی کے عضلات اور پاؤں کے درونی عضلات کا ذبول۔ گھٹنے کی خمیدگی اور کولہے کی بسط شدگی تبعید اور بیرونی گردش میں کمزوری۔ رکبی جھٹکے موجود رہتے ہیں، اور ٹخنے کے جھٹکے اور اخمصی مجیبتیں غیر موجود۔

تیسرے اور چوتھے عجزی فلقے، بڑی آنت اور مثانہ کا شلل۔ مبرزی معکوسہ غائب ہو جاتا ہے۔

صفحہ 599 پر جو فلقی حسی جداول ہے اس سے ہر اصابت میں حسی نقصان کی وسعت ظاہر ہوگی۔

ذنب الفرس (cauda equina) کے اضطراب جب یہ کامل ہوں تو یہ اوپر پہلی قطنی جڑوں سے لے کر نیچے تک تمام عصبی جڑوں کو خواہ وہ حرکی 09
ہوں یا حسی، ماؤف کر سکتے ہیں، اور اس کا نتیجہ ان سے رسد پانے والے تمام عضلات کا شلل اور ذبول، حسی نقصان، اور تمام معکوسوں کا نقصان ہوتا ہے۔ قطنی کلانی کے ضرر اور ذنب الفرس کے ضرر کے درمیان تفریقی تشخیص نہایت مشکل ہو سکتی ہے۔ ایک حادثہ کی حالت میں نخاعی صدمہ کے دوران میں ممکن ہے کہ ان کے درمیان تفریق کا کوئی ذریعہ نہ ہو۔ ازاں بعد ہمگیر عضلی ذبول اور معکوسات کا

مستقل نقصان ذنب الفرس کے ضرر کو تمیز کرنے میں مدد ہوتا ہے۔

نخاعی فلقوں کا تعلق عمود الفقرات کے شوکی زائدوں سے

نخاع نیچے پہلے قطنی فقرے کے زیرین کنارے کے لیول پر ختم ہو جاتی ہے۔ یہ اس خط سے تناظر ہے جو پشت پر عرضاً پہلے قطنی شوک سے ذرا اوپر کھینچا جائے۔ عجزی فلقات نیچے اس خط کے اور اوپر بارھویں صدری شوک کے لیول کے درمیان واقع ہیں۔ قطنی فلقات اس نقطے کے اور اس افقی خط کے درمیان واقع ہیں جو دسویں صدری شوک کے ذرا اوپر ہوتا ہے۔

نسبتاً بلند تر فلقات کا تعلق شوکی زائدوں سے اس طرح بیان کیا جاسکتا ہے کہ تناظر عدد کے شوک سے اوپر کے کسی فلقے کا فاصلہ، زیریں چھ صدری فلقوں کے لیے سرسری طور پر چار فقروں کے عمق کے معادل ہوتا ہے۔ بالائی چھ صدری فلقوں کے لیے تین فقروں کے، زیریں عنقی فلقوں کے لئے دو فقروں کے، اور بالائی عنقی فلقوں کے لیے ایک فقرے کے۔

دماغ کے اضرار

حرکی قشرہ اور ہرمی خطے۔ قشرہ کے وہ رقبے جن کی برقی تہیج سے جسم کے مخالف جانب کے حرکات کی تحریک کی جاسکتی ہے، بشر آسا بوزنہ میں شیرنگٹن (Sherrington) اور لیٹن (Leyton) نے ترسیم کیے ہیں۔ انسانی قشرہ کی تہیج سے، اس وقت جب کہ اس کو عملیہ کے لیے منکشف کیا گیا ہے، مماثل نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ مرض کے نتیجے کے طور پر مماثل حرکات واقع ہو سکتی ہیں، اور بالعموم کم و بیش مقامی تشنج کی شکل اختیار کرتی ہیں، جس کو ماسکی صرع کہتے ہیں۔ مثالی حملے میں، جس کو اس کے دریافت کنندہ کے نام کی مناسبت سے جیکسونی کہا جاسکتا ہے، پہلے ایک خاص حصے کا (مثلاً انگوٹھے کا) رجفی جھٹکا ہوتا ہے، جو پاس کے حصوں میں بتدریج اسی ترتیب سے پھیل جاتا ہے کہ جس ترتیب سے پیش مرکزی تزرید میں ان کی نمائندگی ہوتی ہے۔ جونہی کہ تشنج نئے حصے کو متاثر

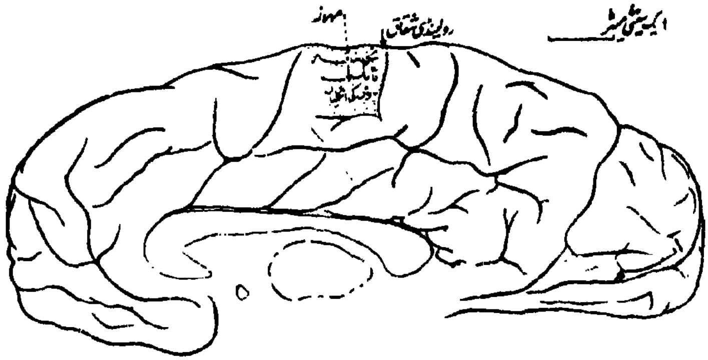
کرتے ہیں، وہ پرانے حصے میں موقوف ہو جاتے ہیں، چنانچہ ایک باقاعدہ ترتیب زمانی یا رفتار (march) پائی جاتی ہے۔ حملہ کی یہ قسم بالعموم نہایت ہی اوپری اضرار کے ہمراہ پائی جاتی ہے، مثلاً ایک سحائی سلعہ کے ہمراہ جو کہ قشرہ پر دباؤ ڈال رہا ہو۔ بعض مثالوں میں رجفی تشنجات ایک پورے جارحہ کے عضلی نظام کو تقریباً ہمزماں طور پر متاثر کرتے ہیں۔ مقامی تنشی تشنج بھی واقع ہو سکتا ہے، اور بالعموم زیادہ عمیق الوقوع قشری یا تحت القشری اضرار کے ہمراہ واقع ہوتا ہے۔

جبہی قشرہ کے اس حصے کے اضرار جو کہ پیش مرکزی تزرید کے وجہی رقبہ سے آگے کو ہے، یہ نتیجہ پیدا کرتے ہیں کہ آنکھیں مخالف جانب کی طرف حرکت کر جاتی ہیں۔ اس سے ذرا اوپر کے رقبے کے اضرار سر اور آنکھوں کی مزدوج حرکت کا باعث ہوتے ہیں۔ آنکھوں کی حرکت ایسے اضرار کے ہمراہ بھی پائی جاتی ہے جو کہ قذالی لختہ کے متقدم حصہ میں واقع ہوتے ہیں لیکن اس حالت میں وہ استبصاری توہم کے ساتھ وابستہ ہوتی ہے۔

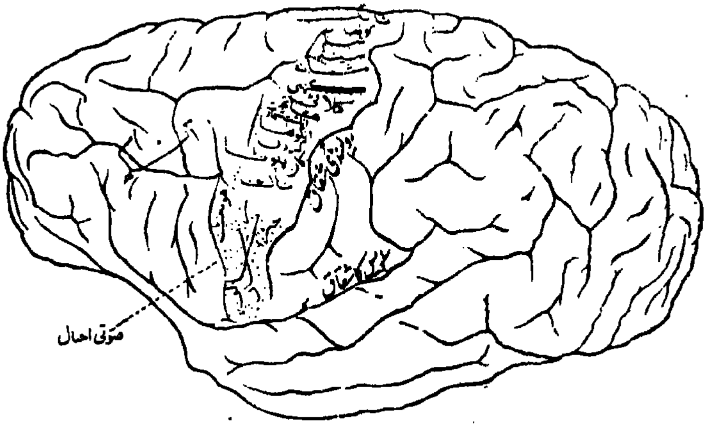
حرکی قشرہ کے اطلاقی اضرار ان حصوں میں کہ جن کی وہ نمایندگی کرتا ہے، شلل واقع کرتے ہیں۔ تحت العرشی اضرار جو کہ ہرمی خطوں کو متاثر کرتے ہیں، کمزوری یا شلل پیدا کرتے ہیں، جو توزیع میں چہرہ، بازو یا ٹانگ تک محدود ہو سکتا ہے۔ ضرر جتنا زیادہ گہرا ہوگا، پورا ہرمی بنڈل متاثر ہونے کا اور فالج نصفی پیدا ہونے کا اتنا ہی زیادہ احتمال ہوگا۔

فالج نصفی میں جو کہ حاد ضرر سے پیدا ہو، پہلے پہل مخالف جانب کے جوارح کا رخو شلل واقع ہوتا ہے۔ تاہم وتری جھٹکے بالعموم ابتدا سے ہی بڑھے ہوئے ہوتے ہیں۔ شکمی منعکسات مفقود ہوتے ہیں، اور اخمصی جیبیت باسط ہوتی ہے۔ آنکھیں اور سر ضرر کے جانب کی سمت میں جھکی ہوئی ہوتی ہیں۔ چہرہ متاثرہ جانب پر بے تنش ہوتا ہے، اور گال تنفس پر اندر اور باہر کو حرکت کرتے ہیں۔ تصویت کرنے پر نرم تالو ضرر کی جانب کو اوپر کو کھنچ جاتا ہے، اور زبان فالج نصفی جانب کو بروز کیے ہوئے ہوتی ہے۔ ضرر کی جانب کی سمت میں سر اور آنکھوں کا جھکاؤ سرعت کے ساتھ غائب ہو جاتا ہے۔ چہرے میں کسی قدر قوت لوٹ آتی ہے،

اور مشلول جوارح بتدریج تشنج زدہ ہو جاتے ہیں بالائی جارحہ، شانہ پر مقرب،



دائیں نیم کرہ کی بیرونی سطح

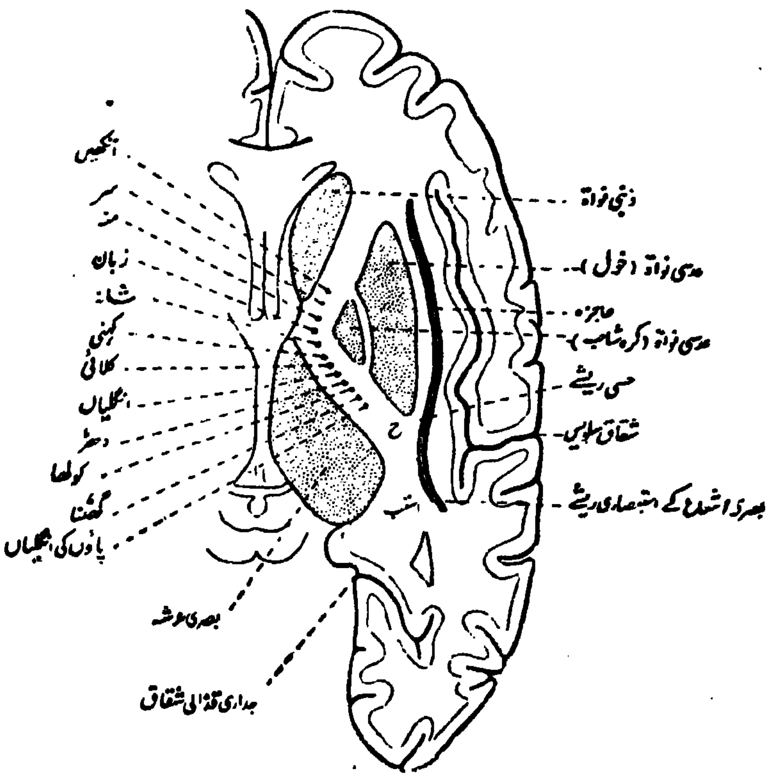


بائیں نیم کرہ کی بیرونی سطح

تصویر ۹۹۔ گوریلا (gurella) کا تحریک پذیر حرکی قشرہ، جس کو لیٹن اور شرنگٹن نے برقی تہییج کے ذریعہ دریافت کیا ہے (۱۹۱۷)۔

کہنی پر خمیدہ اور کلائی پر خمیدہ اور مکبوب ہو جاتا ہے، اور انگلیاں خمیدہ ہو جاتی ہیں۔ زیریں جارحہ بسط شدگی کی حالت اختیار کر لیتا ہے جس میں پاؤں اور انگلیوں کے

سر نیچے کو ہوتے ہیں۔ ساتھ ہی متاثرہ جانب وتری جھٹکے نہایت ہی شدید ہو جاتے ہیں، اور رجفہ (clonus) حاصل ہو سکتا ہے۔



تصویر ۔ ۷۔ ایک افقی تراش دائیں دماغی نیم کرہ میں سے، جو کہ اندرونی کیسہ میں مختلف ڈوروں کی وضعیں ظاہر کرتی ہے (سر جیمز پرولیز سٹوارٹ)۔

حسی قشرہ اور حسی راستہ۔ قشری اضرار جو پس مرکزی تلفیف میں اور اس سے ذرا پیچھے کے خطہ میں واقع ہوں، حسی نوعیت کے مانسکی صرعی حملے واقع کرتے ہیں۔ بالعموم ایسا حملہ سن پن یا جھنجھناہٹ کے

احساس کی شکل اختیار کرتا ہے جو ایک حصہ (بالعموم ایک جارحہ) میں نمودار ہوتا ہے اور بسرعت پھیل کر پاس کے حصوں کو متاثر کر دیتا ہے، اس طرح جس طرح کہ حرکی حملوں کی حالت میں۔ ممکن ہے کہ اس سے بے ہوشی ہو یا نہ ہو۔ بعض اوقات یہ احساس متاثرہ جارحہ میں حرکت ہونے کا احساس ہوتا ہے۔ ایسے ضرر کی حالت میں جو کہ نیم کرے کے فوقانی حاشیہ پر واقع ہو، ٹانگ سب سے پہلے متاثر ہوتی ہے جب ضرر اس سے پست تر لیول پر سلویائی شقاق کے قریب واقع ہو تو احساس چہرہ یا ہاتھ میں شروع ہوتا ہے۔

حسی قشرہ کے اتلافی اضرار ذیل کی قسم کے علامات پیدا کر دیتے ہیں:-

وضعی حس کا نقصان۔ معروضات کی شکل، جسامت اور ساخت شناخت کرنے کی قوت کا نقصان (لمسی شکل ناشناسی = astereognosis)- اور لمسی، حرارتی اور دردناک تہیج کے مختلف درجوں کی شدت کے درمیان امتیاز کرنے کی قوت کا نقصان۔ ایک تحت القشری ضرر، مماثل نوعیت کا حسی نقصان واقع کر دیتا ہے۔ یہ ضرر بصری عرشہ سے جس قدر زیادہ قریب ہوگا، جلدی 611
حس پذیری کے اختلال کا درجہ اور وسعت اسی قدر زیادہ ہوگی۔ ایسا ضرر جو خود بصری عرشہ کے لیول پر ہی ہو، نصف فالجی توزیع کا درد پیدا کرتا ہے۔ یہ درد مسلسل ہوتا ہے، بسا اوقات شدید ہوتا ہے، اور ایک انوکھی سوزشی یا فارض صفت رکھتا ہے۔ یہ جارح میں سب سے زیادہ شدت کے ساتھ محسوس ہوتا ہے۔ اس کے ہمراہ کسی قدر حسی نقصان اسی قسم کا پایا جاتا ہے جو کہ اوپر بیان ہوا ہے، اور ساتھ ہی ہر ایسے تہیج کے لئے جو کہ شناخت ہو جائے ایک دردناک جشی ردعمل پایا جاتا ہے۔ مثلاً اتنے درجے کی حرارت یا سردی جو طبعی جانب کے لئے قابل برداشت ہو، متاثرہ جانب کے لئے دردناک ہوتی ہے، بلکہ خط کھینچ کر تماس کرنے سے بھی مریض پیچھے ہٹ جاتا ہے۔

اندرونی کیسہ۔ یہاں حرکی، حسی، اور استبصاری راستوں کے ریشے قریبی طور پر مجتمع ہوتے ہیں۔ لہٰذا ایک چھوٹا سا ضرر بھی مکمل نصفی فالج پیدا کر دیتا ہے۔ اندرونی کیسہ کے مقدم حصے کا ضرر، چہرہ اور بازو کو اس سے

زیادہ متاثر کرتا ہے کہ جتنا ٹانگ کو' اور اس سے پیچھے کا ضرر زیریں جارحہ کو متاثر کرنے کا اور حسی اختلال واقع کرنے کا زیادہ رجحان رکھتا ہے۔ اور بھی پیچھے کا ضرر حسی نقصان اور نیم بصری واقع کرتا ہے جس کے ہمراہ بہت کم کمزوری پائی جاتی ہے یا بالکل نہیں پائی جاتی۔ اندرونی کیسہ کے اضرار بسا اوقات اتنے بڑے ہوتے ہیں کہ فالج نصفی' حسی نقصان اور نیم بصری بیک وقت پیدا کر دیتے ہیں۔

شمی آلہ۔ ایک شمی بصلہ کا ضرر' بالعموم کوئی موضوعی علامت نہیں 612
پیدا کرتا' شامہ کا نقصان صرف امتحان کرنے پر دریافت ہوتا ہے۔ لیکن ایک دو جانبی ضرر بوئیں یا مزے شناخت کرنے یا تمیز کرنے کی قوت کا نقصان واقع کرتا ہے۔ لہذا مریض چکھنے اور سونگھنے دونوں طرح کی قوت کے نقصان کی شکایت کرتا ہے۔

دونوں میں سے کسی جانب کی ہک نما تزرید کا ضرر' صرعی حملوں کا باعث ہو سکتا ہے جو کہ ایک ناگوار مزہ یا بو سے شروع ہوتے ہیں۔ موضوعی تجربہ ناگہانی اور ایک لمحہ کے لیے ہوتا ہے' اور ممکن ہے بڑھ کر بے ہوشی کا موجب ہو یا نہ ہو۔

استبصاری آلہ۔ ایک بصری عصب کا ضرر اس آنکھ میں ناقص بصارت یا اندھے پن کا موجب ہوتا ہے۔ بصری تصالب' خطوں اور اشعاعات کے' اور قذالی قشرہ کے اضرار کے اثرات' صرف تصویرات کے ذریعہ ٹھیک طور پر سمجھ میں آ سکتے ہیں۔

تصالب کا ایک ضرر' اگر مرکزی طور پر واقع ہوا تو وہ ہر شبکیہ کے انفی نصف سے آنے والے ریشوں کو نقصان پہنچاتا ہے' لہذا ایک دو صدغی نیم بصری واقع ہوتی ہے۔ مگر ایسا ضرر ذرا ایک طرف کو وسعت پذیر ہو' تو یہ اس طرف کی آنکھ میں اندھاپن اور دوسری آنکھ میں صدغی میدان کا نقصان واقع کرتا ہے۔ تصالب میں ریشوں کا محل وقوع ایسا ہے کہ سب سے نیچے کے ریشے وہ ہوتے ہیں جو کہ استبصاری میدانوں کے سب سے بالائی حصوں کی نمایندگی کرتے ہیں' اور سب سے اوپر کے وہ جو اس کے برعکس نمائندگی کرتے ہیں۔ لہذا ایک ایسے ضرر کی حالت میں جو کہ تصالب کو نیچے سے دبا رہا ہو' بالائی صدغی ربعات

سب سے پہلے متاثر ہوں گے۔ تصالب کے پیچھے، بصری خطے یا اشعاع کا، یا قذالی قشرہ کا ضرر، دوسری طرف کے متناظر نصف میدانوں میں بصارت کا نقصان واقع کرتا ہے، یعنی دائیں طرف کا ضرر، بائیں طرف کی ہم آئین نیم بصری پیدا کرتا ہے، اور بائیں طرف کا ضرر دائیں طرف کی۔

اگر ضرر بصری خطے میں ہو تو روشنی کی ایسی شعاع جو پتلی میں اندھے نصف میدان سے ڈالی جائے، پتلیوں کا کوئی انقباض نہیں پیدا کرتی (ورنک Wernicke: کا نیم بصری حدقی تعامل)، لیکن اب تک ایسا کوئی طریقہ ایجاد نہیں کیا گیا کہ جس سے یہ کارروائی آسانی اور موثر طور پر انجام دی جا سکے۔ ایسا ضرر جو اولی استبصاری مراکز سے اوپر واقع ہو، لازماً، حدقی نوری معکوسہ پر کوئی اثر نہیں ڈالے گا۔ بصری اشعاع پیچھے کو ایک پنکھے نما امر اختیار کر کے قذالی لختے تک چلا جاتا ہے، لیکن پہلے ذرا نیچے کو اور سامنے کو صدغی لختے کے پچھلے سرے میں ڈوبتا ہے۔ اس میں ایک تحتانی اور فوقانی بنڈل ہوتا ہے، چنانچہ اول الذکر مخالف طرف کے استبصاری میدان کے فوقانی اور آخر الذکر تحتانی ربع کے ساتھ متناظر ہوتا ہے۔ قذالی لختے میں استبصاری قشرہ، مہمازی شقاق کو محصور کرتا ہے، اور بظاہر اس طرح مرتب ہوتا ہے کہ میدان کے مرکزی حصہ کی نمائندگی قذالی قطب کی پچھلی نوک کے خلیات کرتے ہیں، اور بطور سے لے کر محیط تک شبکیہ کے سلسلہ وار ہم مرکز منطقوں کی نمایندگی

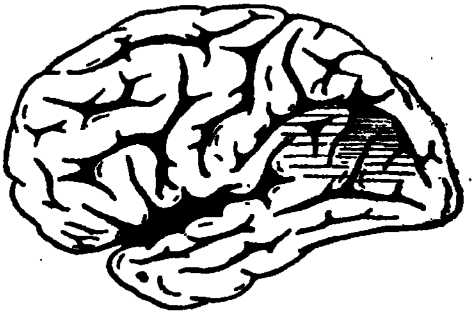


تصویر ۱۷۔ استبصاری ریشوں کا مرتو تعلقات ظاہر کرنے کے لئے (ونگ کی تقلید میں)۔

اسی ترتیب سے پیچھے سے سامنے کو ہوتی ہے ۔ لہذا دونوں قذالی لختوں کی پچھلی نوکوں کا ضرر (مثلاً تضرر سے) دوجانبی مرکزی اندھاپن پیدا کر دیتا ہے ۔ ایک ہی قذالی لخت کا وسیع ضرر لازماً تاہم آئین نیم بصری پیدا کر دے گا ۔ قذالی قشرہ کے کے اضرار صرعی حملے بھی پیدا کر سکتے ہیں جو کہ مخالف جانب کے نصف میدان میں توہم کے ساتھ شروع ہوتے ہیں ۔
613 یہ توہم ایک بے ڈھب شکل اختیار کر سکتا ہے (رنگین کرے یا چمکارے) ۔ یہ ناگہانی اور ایک لمحہ کے لئے ہوتا ہے اور اس کے بعد بے ہوشی ممکن ہے ہو یا نہ ہو ۔ استبصاری توہمات صدغی لخت کے اضرار کے ہمراہ بھی واقع ہو سکتے ہیں، اور اکثر ان کے ہمراہ ایک شمی (ہک نما = uncinate) نسمہ بھی پایا جاتا ہے ۔ ایسی حالت میں توہم پیچیدہ قسم کا ہوتا ہے (جگہوں یا اشخاص کی رویت) ۔ بعض اوقات یہ مخالف جانب کے نصف میدان کی طرف منسوب کی جاتی ہے، بعض اوقات یہ عام توزیع رکھتی ہے ۔

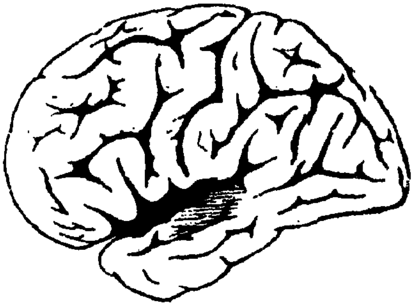
جسدیا فسادالافعال (apraxia) پیدا کرنے والے اضرار

نطق کے اختلالات کا تجزیہ فعلیات یا نفسیات کے نقطۂ نگاہ سے کرنے کی بہت کوششیں کی گئی ہیں، اور خاص طور پر ہیڈ (Head) کی تحقیقات



تصویر ۲۰۲ ۔ لفظ کوری پیدا کرنے والے ضرر کا محل وقوع ۔ (شارکو Charcot= بوشارڈ Bouchard= اور برساڈ Brissaud= کی تقلید میں) ۔

نے ہیں مسئلے کے اس پہلو کو سمجھنے میں بہت مدد دی ہے۔ تاہم طالب علم طب کے لئے مرضی تشریح کے خاص حقایق سے، جو مشاہدہ کردہ سریری اختلال کی قسم کے ساتھ تا بحد امکان مطابق کر لیے گئے ہوں، ایک مشکل مضمون کی محفوظ ترین تمہید حاصل ہوتی ہے۔ ایمن اشخاص میں نطق کے مراکز دماغ کے بائیں نصف میں، اور ایسر اشخاص میں دماغ کے دائیں نصف میں واقع ہوتے ہیں۔ وہ ریشے جو استبصاری اشارات (الفاظ، تصاویر، اشیاء) کے تاثرات منتقل کرتے ہیں، قذالی قشرہ کے قرب وجوار میں زاویہ دار تزرید کے قلہ پر اختتام پذیر ہوتے ہیں: اس نقطہ پر کا کوئی ضرر جو کافی چھوٹا ہو، لفظ کوری (word-blindness)

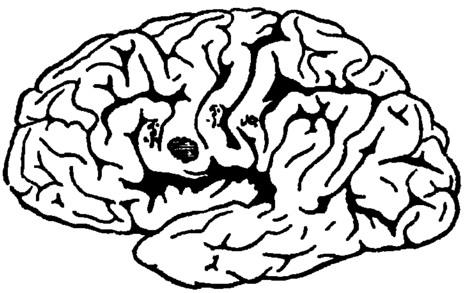


تصویر ۱۲، پہلی بائیں صدغی تلفیف میں ضرر کا محل وقوع، جس سے لفظی صمم پیدا ہو جاتا ہے۔
(شارکو، بوسٹارڈ اور برساڈ کی تقلید میں)

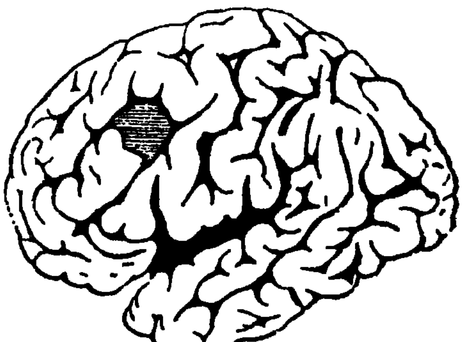
پیدا کر سکتا ہے (تصویر ۱۱)۔ اشعاع سمعی کے ریشے جو سمعی اشارات (الفاظ وغیرہ) منتقل کرتے ہیں، فوقانی صدغی تلفیف کے پچھلے حصہ میں ختم ہو جاتے ہیں، اور اس مقام کا ضرر لفظی صمم (word-deafness) پیدا کر دے گا (تصویر ۱۲)۔

ایسے دقیق اضرار نہایت شاذ ہی واقع ہوتے ہیں۔ عموماً ان دونوں رقبوں کے درمیان کا وسطی خطہ ماؤف ہوا کرتا ہے، اور اس حالت میں 614
ان تمام ابتلائی تعاملات کا کم یا زیادہ درجہ تک نقصان ہوتا ہے جو نطق اور سمعی

اور استبصاری اشارات کے حافظے سے متعلق ہوتے ہیں۔ اسی واسطے اگر اس رقبے میں زیادہ وسیع پھیلا ہوا ضرر واقع ہو جائے تو اس سے انسان کا درجہ گھٹ کر ایک ذہین حیوان کے لیول سے کسی قدر نیچے ہی آجاتا ہے کیونکہ انسان کی حالت یہ ہو گئی ہے کہ ذہین زندگی کے بسر کرنے کے لئے اب اسے تقریباً بالکل لفظی اشارات



تصویر ۴۹۔ بہرے کی حِس کی حالت میں ضرر کا محل وقوع۔ ج ا۔ صاعد جبہی تلفیف ج ۲۔ تیسری جبہی تلفیف۔ ج د۔ صاعد جداری تلفیف۔ (شارکو، بوشارڈ اور مرساڈ کی تقلید میں)۔



تصویر ۵۰۔ ناکاتبی کی حالت میں ضرر کا محل وقوع۔ (شارکو، بوشارڈ اور مرساڈ کی تقلید میں)۔

کے استعمال کا محتاج ہونا پڑتا ہے۔ اگر ضرر نسبتۃً چھوٹا ہے، تو عقل کی کمی نسبتۃً کمتر درجہ کی ہوگی، اس کے ساتھ ہی اگر ضرر صدغی لختہ کے نواح میں واقع ہے تو بولے ہوئے الفاظ کو بھول جائے ان کے مفہوم کو نہ سمجھنے کا رجحان ہوگا، اور اگر ضرر استبصاری مرکز سے قریب تر ہے تو مریض ہوئے الفاظ کو کامل طور پر نہ سمجھ سکیگا۔ یہ بحسیّ حبسہ (sensory aphasia) کی قسم حسی حبسہ میں نقص سمجھ تک محدود نہیں ہوتا۔ مریض اگرچہ گفتگو اور تحریر الفاظ پیدا کر سکتا ہے اس کو صحیح الفاظ دریافت کرنے اور ان کو صحیح طور پر مرتب کرنے وقت ہوتی ہے لہٰذا اس کی گفتگو اور تحریر سمجھ میں نہیں آسکتی۔

رقبۂ بروکا (Broca's area) یعنی تحتانی جبہی تلفیف کے پچھلے کے ضرر سے وہ چیز پیدا ہو جاتی ہے جسے خالص حرکی حبسہ (or aphasia کہتے ہیں (تصویر ۴۷)۔ اس میں سمعی یا استبصاری اشارات کی سمجھ کا فقد یا عقل کی کمی نہیں ہوتی، پیدائشِ نطق سے تعلق رکھنے والے عضلات میں کسی عضلہ کا شلل اُس وقت نہیں ہوتا جب کہ وہ دوسرے اغراض کے کام میں لائے جاتے ہوں (مثلاً زبان کھانے کے لیے) لیکن ان عضلات کو ن 615
کے خاص کام کے لیے استعمال کرنے کی قابلیت جاتی رہتی ہے۔ تمثیلی طور پر حر حبسہ والا شخص یہ جانتا ہے کہ وہ کیا کہنا چاہتا ہے، مگر اسے کہہ نہیں سکتا۔

حرکی حبسہ کے ساتھ عموماً ناکاتبی (agraphia) موجود ہوتی ہے یعنی مریض اس کے ساتھ ہی اپنے خیالات کا اظہار تحریر میں نہیں کر سکتا اور بعض شاذ مثالوں میں ناکاتبی کی موجودگی حبسہ سے علیحدہ درج کی گئی ہے، جب وہ دوسری جبہی تلفیف کے اضرار کے ہمراہ پائی جاتی ہے۔

حبسہ کے تعلق میں حرکی فساد الافعال (otor apraxia پر بھی غور کیا جا سکتا ہے۔ یہ ایک ایسی حالت ہے جس میں قوت، حس پذیری یا ہم آہنگی کے نقصان کے بغیر بعض غائی حرکات (جیسے کہ دانتوں میں برش سواک کرنا، دیا سلائی جلانا) کو انجام دینے کی قابلیت جاتی رہتی ہے۔ یہ مظہ بالائی بائیں جبہی تلفیف کے، بائیں جداری لختہ کے بالائی حصہ کے، اور جسم ثفن کے اضرار کے بعد مشاہدہ میں آیا ہے، اور حرکی حبسہ اور ناکاتبی سے قریبی طو

متماثل ہے، جنھیں شاید فساد الافعال کی خاص قسمیں سمجھا جا سکتا ہے۔

جبہی لختہ۔ یہ پہلے بتایا جا چکا ہے کہ جبہی قشرہ کے پچھلے حصے میں ایسے مراکز واقع ہیں کہ جن سے سر اور آنکھیں مخالف جانب گردش کر جاتی ہیں۔ لہٰذا ایک قشری ضرر ایسے صرعی حملے پیدا کر سکتا ہے جن کی امتیازی خصوصیت قسری مزدوج انحراف ہے۔ بائیں طرف ایک ایسا ضرر جو بہت پیچھے اور نیچے واقع ہو اجبسہ پیدا کر سکتا ہے۔ جبہی لختہ کے بالائی اور پچھلے حصے کے اضرار میں ایک مخصوص علامت دیکھنے میں آتی ہے جس کو جبری گرفت (forced grasping) یا تشنجی تعصیب کہتے ہیں۔ جب مریض کو مٹھی بند کرنے کو یا کسی چیز کو زور سے پکڑ رکھنے کو کہا جاتا ہے تو پھر وہ کچھ دیر کے لیے اپنی مٹھی نہیں کھول سکتا۔ اس ناقابلیت کی وجہ تعصیب کردہ عضلات کا انقباض جاری رہنا ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ یہ علامت (گو یہ شاذ ہی پائی جاتی ہے) تعیین تمامیت کے لئے ہمیشہ مفید ہوتی ہے۔ اس کی تلاش کرتے وقت اس امر کا اطمینان کر لینا ضروری ہے کہ کہنے پر مریض کا مٹھی کھول نہ سکنا، محض گھبراہٹ کی وجہ سے نہیں ہے۔

جبہی خطہ کے بقیہ حصے نسبتہً خاموش ہوتے ہیں، بالفاظ دیگر ان کو متاثر کرنے والے اضرار کوئی ممیز علامت پیدا نہیں کرتے۔

جداری لختہ۔ بائیں طرف، جیسا کہ ہم دیکھ چکے ہیں، جداری لختہ نطق سے تعلق رکھتا ہے، اور دونوں طرف اس میں قشرہ میں حسی راستوں کا اختتام ہوتا ہے۔ اس کے زیریں حصہ میں سے بصری اشعاع گزرتا ہے۔ لہٰذا جداری لختہ کے ضرر سے جن علامات کے پیدا ہونے کا امکان ہے وہ یہ ہیں: حسی اختلال، مخالف جانب کے استبصاری میدان میں ہم آئین نقص، اور بائیں طرف حبسہ۔ تاہم جداری لختہ کا موخر فوقانی حصہ نسبتہً خاموش ہوتا ہے۔

صدغی لختہ۔ بالائی تلفیف میں سماعت کا مرکز موجود ہوتا ہے، لیکن اس کے متلف اضرار سے بہرا پن نہیں پیدا ہوتا کیونکہ ہر جانب کا زیریں سمعی مرکز دماغ کی دونوں جانبوں کے ساتھ تعلق رکھتا ہے۔ بائیں طرف کا ضرر نطقی رتھے میں مداخلت کر سکتا ہے، اور خاص طور پر اشیا کا نام بتانے میں دقت پیدا کرتا ہے۔

بائیں ناصری حلقے کا شقی منظہر اس سے پیشتر بیان کیا جا چکا ہے، اور یہ واقعہ بھی بیان کیا جا چکا ہے کہ بصری اشعاع اپنے ممر کے ایک حصہ میں صدغی لختہ کے پچھلے حصے میں سے گزرتا ہے، چنانچہ ہم آہنگ میدانی نقائص صدغی لختوں کے اضرار کی علاقیات میں حصہ لے سکتے ہیں۔ اس کے باوجود صدغی لختے کے درمیانی حصہ کا معتد بہ ضرر، خاص کر دائیں جانب کا، خاموش ہو سکتا ہے۔

قذالی لختے۔ قذالی لختہ کے اضرار استبصاری علامات پیدا کرتے ہیں، جن کا تذکرہ پہلے کیا جا چکا ہے۔

خاموش رقبے۔ دماغ میں بہت سے ایسے حصے ہیں کہ جو مرض سے تلف ہو جانے یا نقصان رسیدہ ہو جانے کے باوجود کوئی ایسی علامت پیدا نہیں کرتے جو تعیین مقام کے لئے اہمیت رکھتی ہو۔ حقیقت میں بعض اصابتوں میں یہ دیکھ کر تعجب ہوتا ہے کہ دماغ کا بہت بڑا حصہ بے فعل ہونے کے باوجود کوئی علامت پیدا نہیں کرتا۔

تشریحی اضرار، جو مذکورہ بالا تخصیص یافتہ حصہ کے سوا کسی دوسری جگہ واقع ہوں صغیر یا کبیر، عمومی نوعیت کے صرعی حملے واقع کرتے ہیں۔ سپید مادہ کا کوئی وسیع ضرر، بلند ترین وظیفوں کا تنزل پیدا کرنے کا امکان رکھتا ہے، مثلاً حافظہ کا کمزور ہو جانا خاص طور پر حالیہ واقعات کے لیے، اور کردار اور طبیعت میں بگاڑ پیدا ہو جانا۔ ان علامات کی پیدائش میں، تلف شدہ دماغی جرم کی مقدار اس کے محل وقوع کی بہ نسبت زیادہ اہم نظر آتی ہے۔ 616

قاعدی عقدات۔ قاعدی عقدات کے اضرار کے ہمراہ زیادہ تر حرکی اختلالات مثلاً کرختگی اور غیر ارادی حرکات پائے جاتے ہیں۔ جسم مخطط، بالخصوص عدسی نواتوں کا مرض، علامات کا ایک گروہ پیدا کرتا ہے جن کو شروع میں پارکنسن (Parkinson) نے شلل اہتزازی (paralysis agitans) میں بیان کیا تھا، لہٰذا اس کو بسا اوقات پارکنسنی (Parkinsonian) کہا جاتا ہے۔ چہرہ، دھڑ اور جوارح کی کرختگی پائی جاتی ہے جو ہرمی خطوں کے مرض میں دیکھی جانے والی کرختگی سے مختلف صفت کی ہوتی ہے۔ عضلات بجنول حرکت

کے سامنے بتدریج ڈھیلے پڑ جاتے ہیں (سیسہ کی نلی کی سی کرختگی) یا چھوٹے چھوٹے جھٹکوں کے ساتھ ڈھیلے پڑ جاتے ہیں (دندانہ دار پہیہ کا کرختگی)۔ کرختگی کے علاوہ، حرکت سست ہوتی ہے، اور غیر ارادی حرکات پائی جاتی ہیں جو باقاعدہ لے دار رعشہ کی شکل اختیار کرتی ہیں، جو جوارح میں اعظم ہوتا ہے۔ علامات کا یہی گروہ جرم اسود کے اضرار سے بھی پیدا ہو سکتا ہے۔

تحت العرشی نواۃ یا لائیز (Luys) کے نواۃ کا ضرر جسم کے مخالف جانب کی، جس میں چہرہ، دھڑ اور جوارح شامل ہوتے ہیں، غیر ارادی حرکات کا موجب ہوتا ہے، جو زفنی الشکل کی قسم کی ہوتی ہیں۔ یہ عضلات کے مختلف گروہوں میں جھٹکے دار بے غایت انقباضات ہوتے ہیں جن میں کوئی باقاعدہ نظام یا ترتیب زمانی نہیں ہوتی۔

غیر ارادی حرکت کی دوسری قسمیں جن کو قاعدی عقدات کے مرض کی طرف اتنے یقین کے ساتھ منسوب نہیں کیا جا سکتا، وہ ہیں جو کنع (athetosis) اور تشنج تلوّی (torsion spasm) میں پائی جاتی ہیں۔ اول الذکر حالت میں سست، بل کھانے کی حرکات ہوتی ہیں، جو چہرہ اور جوارح میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتی ہیں۔ ان کے ہمراہ بالعموم ہر قسم اور توزیع والی کسی قدر کرختگی پائی جاتی ہے۔ تشنج تلوّی میں حرکات سست اور کلّی (massive) ہوتی ہیں اور دھڑ اور جوارح کو باقاعدہ ترتیب زمانی کے ساتھ متاثر کرتی ہیں، جس سے تمام جسم میں نہایت ہی تند مروڑ پڑ جاتے ہیں۔

حسی اختلالات جو بصری عرشہ کے یا اس کے پاس کے ضرر سے پیدا ہوتے ہیں، پہلے بیان کئے جا چکے ہیں۔ اس جگہ کے اضرار کے ہمراہ اکثر زفنی الشکل یا کنعی قسم کی حرکات پائی جاتی ہیں۔

تحت العرشہ۔ اس تشریحی اصطلاح میں وہ ساختیں شامل ہیں جو عرشۂ بصری کے بطنی جانب کو یعنی اس کے اور جسم نخامی کے درمیان واقع ہیں، اور جو بطین سوئم کے فرش، قمع اور بروزۂ رمادی پر مشتمل ہیں۔ جانوروں پر تجربات سے ظاہر ہو گیا ہے کہ اس مقام کے اضرار کثرتِ بول، فربہی اور

امراضیاتی غنودگی پیدا کر سکتے ہیں، اور اس رقبہ کو ماؤف کرنے والے
کی حالت میں بھی ایسے ہی اثرات دیکھے جاتے ہیں۔

اجسام رباعیہ توأمیہ۔ ان اجسام کے ضرر سے دورا
چال کی ناہم آہنگی (مینی قسم کی) اور دوہرا فالج العین پیدا ہو جاتا ہے۔ آخر
نواتی قسم کا ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ ابتداءً استرخاء الجفن اور آنکھوں
حرکات کے شلل تک محدود رہے، جس کے ساتھ انقباض الحدقہ اور تبلد
عدم فعالیت بھی ہو سکتی ہے۔ تحتانی اجسام رباعیہ توأمیہ کی ماؤفیت سے
بھی ہو سکتا ہے۔

ساقِ دماغ۔ مخالف جانب پر جوارح کا شلل اور اسی
پر تیسرے بھی (چشمی حرکی) عصب کا شلل، ساقِ دماغ کے اندرونی
پچھلے حصے کے ضرر کے لیے ممیز علامات ہیں۔ اسے علامیہ ویبر drome
(of Weber) کا نام دیا گیا ہے۔ مخالف جانب کے جوارح کا رعشہ اور اسی جا
کا چشمی حرکی کا شلل (یا علامیہ بینی ڈکٹ = edikt's syndrome
بھی ساقِ دماغ کے ضرر کے باعث ہوتا ہے۔ گارڈن ہومز (don Holmes)
نوٹ کرتا ہے کہ **درمیانی دماغ** (جس میں اجسام رباعیہ توأمیہ اور ر
کے ساتھ جرم اسود اور نواۃ احمر شامل ہیں) کے اضرار کے ساتھ جوارح
واضح لیکن سست رعشے پائے جاتے ہیں۔

جسر فارولی (pons Varolii)- دماغ کے اس حصے میں
خطے، اور پانچویں، چھٹے، اور ساتویں اعصاب کے نوات شامل ہوتے
چونکہ یہ دو خطے خط وسطی کے قریب ہوتے ہیں، لہذا بڑے مرکزی اضر
چاروں جوارح کا شلل پیدا کر سکتے ہیں۔ بالائی حصے میں یک جانبی ضرر
اس سے جسم کی مخالف جانب پر معمولی قسم کا نصفی فالج پیدا ہو جاتا ہے۔
زیریں حصے کا ضرر، اگرچہ بازو اور ٹانگوں کے انھیں ہرمی ریشوں کو ماؤف
ہے تاہم مخالف جانب کو جانے والے وجہی ریشوں کے نیچے واقع ہو
اور خود اپنی جانب کے عصب وجہی کی جڑوں کو تلف کر دیتا ہے۔ اس سے

نصفی فالج کی وہ قسم پیدا ہو جاتی ہے جس کو تقاطع کردہ فالج النصفی (crossed hemiplegia) کہتے ہیں، یعنی چہرہ تو ضرر کی جانب مشلول ہوتا ہے،
617 لیکن بازو اور ٹانگیں مخالف جانب کے۔ ایک ایسا ضرر جو ایک جانب پر عصب ششم کے نواتہ کو ماؤف کردے نہ صرف اس جانب پر خارجی مستقیمہ کا شلل پیدا کر دے گا، بلکہ مخالف جانب کی آنکھ کے داخلی مستقیمہ کا شلل بھی اس وقت جب کہ دونوں آنکھیں ضرر کی جانب مزدوج انحراف کی کوشش کرتی ہیں۔

لُت۔ اس جگہ کسی وسیع مرض کی حالت میں زندگی قائم رہنا ایک ناممکن امر ہے، کیونکہ حیوی مراکز ماؤف ہو جاتے ہیں۔ ایک یک جانبی ضرر جسم کی اسی جانب پر زبان اور تالو کی کمزوری اور مخالف جانب پر حرکی اور حسی نقصان پیدا کر دے گا۔ ممکن ہے کہ اس کے ساتھ ہی دمیغی خطوں کی ماؤفیت کے باعث ضرر کی جانب پر حرکی ناہم آہنگی اور عنقی مشارکی مرکز کی ماؤفیت کے باعث اسی جانب پر انقباض حدقہ اور غورالعین بھی موجود ہو (ملاحظہ ہو صفحہ 606)۔

دمیغ۔ دمیغ میں آنے والے خاص درآرندہ راستے یہ ہیں: ۔ ظہری اور بطنی نخاعی دمیغی خطے، جو عضلات اور مفاصل سے صدمات منتقل کرتے ہیں۔ دہلیزی نواتوں سے آنے والے ریشے جو تیہات (labyrinths) سے صدمات منتقل کرتے ہیں۔ اور ہر نصف کرہ سے آنے والے بہت سے ریشے، جو وسط دماغ کے تناظر جانب میں، ہری ریشوں کے ایک طرف اترتے دجیہی جسری اور صدغی جسری خطے، اور جسری نواتوں میں ختم ہوتے ہیں، اور وہاں سے مخالف جانب کے دمیغی لختہ کے قشرہ سے تعلق قائم کرتے ہیں۔ دمیغ کے ہر لختہ سے خاص برآرندہ راستہ وہ ہے جو کہ فوقانی دمیغی ساقچہ میں سے گزرتا ہے، جو وسطی خط کو عبور کرتا ہوا مخالف جانب کے نواۃ احمر میں ختم ہوتا ہے۔ نواۃ احمر سے سرخ نواتی نخاعی خطے نکلتے ہیں، جو اپنے منبع سے نکلنے کے ذرا بعد تقاطع کرتے ہیں، اور نخاع کے متقدم قرنی خلیات

سے تعلق قائم کر کے ختم ہوتے ہیں۔ لہذا بر آئندہ طرف، دمیغ کا ہر جانبی لختہ، اس ذہرے تقاطع کے ذریعے، جسم کے اسی طرف کے حرکی عصبیات کے ساتھ تعلق رکھتا ہے۔ یہ اپنی ہی جانب کے عضلات سے، اور مخالف جانب کے نیم کرے سے صدمات وصول کرتا ہے۔ وہ صدمات جو کہ تیہات سے ماخوذ ہوتے ہیں، زیادہ تر وسطی دمیغی لختہ کے لیے مقرر ہوتے ہیں۔

انسان میں دمیغ کے اضرار، ارادی حرکات کی ناہم آہنگی، وضع اور چال کے اختلالات، اور رقص المقلہ پیدا کرتے ہیں۔ ایک جانبی لختہ کے ضرر کی سب سے زیادہ اہم علامت، اسی طرف کے جوارح کی ناہم آہنگی ہے۔ اگرچہ طاقت کا یا حرکت شروع کرنے کی قابلیت کا کوئی نقصان نہیں پایا جاتا، تاہم مختلف عضلی گروہوں کا باہم مل کر کام کرنا (تعاون = synergy) ناقص ہوتا ہے۔ اس کے نتیجے کے طور پر ارادی حرکتوں کی ابتدا، ترقی اور اختتام میں اختلال پایا جاتا ہے، خاص طور پر ان حرکتوں میں کہ جن میں بہت سے عضلات کے متاثر ہوتے ہیں، یا جن میں مخالف عضلات میں سریع تبادل کی کی ضرورت ہوتی ہے۔ وظیفہ کا اختلال، بالائی جارحہ میں، زیرین کی بہ نسبت زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ جب مریض کو یہ کہا جاتا ہے کہ وہ اپنی ناک اپنی انگشت شہادت کی نوک سے چھوئے، پھر شاہد کی انگلی کو چھوئے، اور اس تبادل کو حتی الامکان سرعت سے جاری رکھے تو وہ حرکت کے خط سے ایک ٹیڑھا میڑھا انحراف ظاہر کرتا ہے، خاص طور پر جب کہ انگلی نشانہ کے قریب پہنچتی ہے، اور نشانے سے پیچھے رہ جانے یا آگے بڑھ جانے کا رجحان پایا جاتا ہے، جوارح اس جانب کہ جس جانب ضرر ہوتا ہے، بسا اوقات زیر تشنجی ہوتے ہیں۔ قذال، جیسا کہ تیہی اضرار میں ہوتا ہے، نشانہ پر اسی جانب گرنے کا رجحان رکھتا ہے کہ جس جانب ضرر ہوتا ہے، اور چلنے میں مریض اسی جانب انحراف کرتا یا لڑکھڑاتا ہے۔ آنکھوں کے ڈھیلے وسطی خط کے دوسری طرف پھر جانے کا رجحان رکھتے ہیں، چنانچہ اس وقت جب کہ مریض کو ضرر کی جانب کو دیکھنے کو کہا جائے رقص المقلہ حاصل ہوتا ہے۔

ان اضرار میں جو کہ دماغ کے وسطی لختہ تک ہوتے ہیں، ممکن ہے متذکرہ بالا تمام علامات مفقود ہوں۔ نمایاں سریری خصوصیت ایک لڑکھڑاتی ہوئی لنگراتی ہوئی چال ہے جس میں ایک طرف یا دوسری طرف انحراف کرنے یا چکرانے کا کوئی خاص رجحان نہیں پایا جاتا۔

عصبی نظام کا سریری امتحان

عصبی نظام کے امتحان کے لئے سہولت بخش طریقہ یہ ہے کہ ایک باقاعدہ اسکیم کی پابندی کیجائے جس سے مشاہد مرضی حالت پر ایک سریع اور اجمالی نظر ڈال سکتا ہے۔ اس طرح کی اجمالی نظر کے دوران میں بعض امور ایسے بھی معلوم ہوں گے جن سے خاص خاص وظایف کے زیادہ تفصیلی امتحان کی
618
ضرورت ظاہر ہوگی۔ ایسے امتحان کے طریقے مناسب عنوانوں کے تحت متن میں بیان کئے جائیں گے۔ مندرجۂ ذیل اسکیم کو دستور العملی امتحان کے لیے ایک عملی رہنما قرار دیا جاتا ہے۔ خطِ خفی میں جو نکات ظاہر کئے گئے ہیں وہ ضروری قرار نہیں دیئے جاتے، الا یہ کہ ان کے استعمال کے لئے خاص دواعی موجود ہوں۔

عصبی نظام کے دستور العملی امتحان کے لیے اسکیم

۱۔ دماغی وظیفہ۔

فہم و فراست

مزاج

گویائی

۲۔ مخصوص حواس۔

(الف) بینائی

تیزی

میدان نظر
قعر العین

(ب) سماعت

(ج) شامہ

(د) ذائقہ

۳۔ جمجمی اعصاب۔

۴۔ حسی وظائف۔

نرم روئی کی حس پذیری
الپن چبھونے کی حس پذیری
تپش کی حس پذیری
حس وضع
ارتعاش کی حس پذیری
لمسی شکل شناسی

۵۔ حرکی نظام۔

غیر ارادی حرکات
ذبول یا بیش پرورش
تنش
طاقت
ہم آہنگی
برقی تعاملات

۶۔ منعکسات۔

۷۔ عضلات عاصرہ پر اقتدار (مجری البول اور مبرزی)۔

۸۔ پرورشی تغیرات۔

۹۔ وضع اور چال۔

۱۰۔ دماغی نخاعی سیال۔

۱ - دماغی وظیفہ

فہم و فراست - مریض اپنی بیماری کی سرگذشت جس طریقے سے سناتا ہے بالعموم اس سے اس کی سمجھ کے متعلق اکثر خاصہ اندازہ ہو سکتا ہے۔ اگر اس کے عقلی وظائف میں کوئی نقص معلوم ہو تو مزید امتحان کرنا چاہئے۔ ماضی بعید کے واقعات کے متعلق حافظہ کی قوتوں کا اندازہ کرنے میں، یہ امر اہم ہے کہ مریض نے اپنی زندگی کے حالات کے متعلق جو بیان پیش کیا ہے اس کا مقابلہ اس بیان سے کیا جائے جو اس کے دوستوں اور رشتہ داروں نے دیا ہو۔ ماضی قریب کے واقعات کے متعلق حافظہ کا امتحان کرنے کے لئے مریض سے گذشتہ چوبیس گھنٹے کے حالات دریافت کرنے چاہئیں، اور اس امر کا اطمینان کر لینا بھی اہم ہے کہ تاریخ، مقام اور اشخاص کے متعلق وہ صحیح ماحول شناسی رکھتا ہے۔

مزاج - طبعی حالت سے ایسے اختلافات پائے جا سکتے ہیں جو پستی یا فرحت کی غلبہ یابی مزاجی کیفیتوں، یا جذباتی تلون کی شکل میں ظاہر ہوں۔ ایسے اختلافات نہایت عام طور پر وظیفی عصبی مرض (functional nervous disease) کی اصابتوں میں پائے جاتے ہیں، جن میں مزید سوالات کے ذریعے مخصوص افکار یا
619 تکالیف کے متعلق تحقیقات کرنی چاہئے، اور یہ بھی دریافت کر لینا چاہئے کہ آیا کوئی خیالی تصورات، عدم اکتفا کے احساسات، اعتصارات یا مجبوری کے احساسات تو موجود نہیں۔

گویائی (speech) - یہ جن اضرار سے ماؤف ہو سکتی ہے، وہ ایک بلند یا ایک پست لیول پر واقع ہو سکتے ہیں، اور ان سے جو وظیفی اختلالات پیدا ہوتے ہیں انھیں علی الترتیب حبسہ (aphasia) اور عسر الکلام (dysarthria) کہتے ہیں۔ حبسہ سے مراد الفاظ کے ذریعہ ادا کردہ خیالات کو سمجھنے کی، یا الفاظ کے ذریعے مفہوم ادا کرنے کی قابلیت کا جزوی یا کلی نقصان ہے۔ عسر الکلام سے مراد لفظی نطق کا وہ نقص ہے جو ماؤف عضلات کی کمزوری یا عدم ہم آہنگی کے باعث پیدا ہو جاتا ہے۔ حبسہ کی موجودگی مریض کی سرگذشت حاصل کرنے کے دوران میں معلوم ہو جائے گی، اور اس کے متعلق مزید تحقیقات مندرجہ ذیل اصول پر

کرنی چاہئیے۔

۱۔ کیا مریض بولے ہوئے الفاظ کو سمجھ سکتا ہے؟ ابتداءً اُسے سادہ احکام دینے چاہئیں، مثلاً "اپنی زبان باہر نکالو"۔ پھر بتدریج زیادہ پیچیدہ ہدایتیں کرنی چاہئیں، مثلاً "اپنے بائیں ہاتھ کی بچلی انگلی سے اپنا سیدھا کان چھو دو"۔

۲۔ کیا وہ لکھے ہوئے الفاظ کو سمجھ سکتا ہے؟ مماثل احکام تحریراً دیئے جائیں، جو پہلے چھاپے کے بڑے حروف (block capitals) میں ہوں، اور پھر معمولی خط میں۔

۳۔ کیا وہ خود بخود ایسے الفاظ بول سکتا ہے جو سمجھ میں آتے ہیں؟

۴۔ کیا وہ خود بخود لکھ سکتا ہے؟

اگر صرف پہلے امتحان میں ناکامی ظاہر ہو تو اس سے خالص لفظی صمم (word-deafness) ظاہر ہوگا، اور اگر صرف دوسرے امتحان میں ناکامی رہے تو خالص لفظ کوری (word-blindness) ظاہر ہوگی۔ ہر دو حالتیں شاذ طور پر مرکز گویائی کی طرف آنے والے سمعی یا استبصاری راستوں کے دقیق اضرار کے نتیجے کے طور پر ملتی ہیں۔ زیادہ عام طور پر دونوں امتحانوں میں ناکامی پائی جاتی ہے جو عمومی حسی حبسہ کا ایک جزو ہوتی ہے۔

اگر صرف تیسرے امتحان میں ناکامی ہو تو خالص حرکی حبسہ، اور چوتھے امتحان کی ناکامی سے خالص ناکاتبی ظاہر ہوتی ہے۔ یہ دونوں وظیفے اکثر اوقات بیک وقت زائل ہو جاتے ہیں۔

وہ مریض، جو تحتانی جبہی تلفیف کے پائین کے ضرر کی وجہ سے حرکی حبسہ کی شکایت رکھتا ہو، لکھا ہوا اور پڑھا ہوا سمجھ سکتا ہے، اور اسی وجہ سے اس کا فہم بھی صحیح و سالم ہوتا ہے۔ وہ شاذ ہی گونگا ہوتا ہے، لیکن اُس کا ذخیرۂ الفاظ بہت کم اور بعض اوقات چند ایسے سادہ الفاظ تک محدود ہوتا ہے جیسے کہ "ہاں" اور "نہیں" خواہ وہ اظہارِ خیالات کی کوشش تقریراً کرے یا تحریراً۔ البتہ وہ اپنی ناقابلیت اور اس کی نوعیت سے آگاہ ہوتا ہے۔

وہ مریض جو حسی حبسہ کی شکایت رکھتا ہے، علاوہ فہم کی عدم موجودگی کے، ادائے الفاظ میں غلطیاں ظاہر کرتا ہے، کیونکہ لفظ کوری اور لفظی صمم کی وجہ سے وہ اس قابل نہیں رہتا کہ جن الفاظ کو وہ لکھ یا بول رہا ہے، ان کی صحت کی شناخت کرسکے، حالانکہ صحت الفاظ کی شناخت ادائے کلمات کے میکانیہ کے لئے صریحاً ایک اصلی اور ضروری عمل ہے۔ ممکن ہے کہ وہ کافی روانی کے ساتھ گفتگو کرسکے، مگر الفاظ اور ارکان ہجی (syllables) کو خلط ملط کر دینے کا رجحان رکھتا ہے، اور اس سے ممکن ہے کہ اس کی گفتگو ایسی گڑبڑ (jargon) ہو جس کا سمجھنا مشکل ہو جائے۔ لکھنے میں بھی ایسے ہی عیب ظاہر ہوتے ہیں۔ وہ بلند آواز سے پڑھنے میں، یا دوسرا شخص بول کر لکھوائے تو اس کی املا لکھنے میں، یا سنے ہوئے الفاظ کو خود دہرانے میں قدرتی طور پر غلطیاں کرے گا۔

معلوم ہوتا ہے کہ لختۂ صدغی کے پچھلے حصے کے اضرار میں محض اشخاص و اشیاء کے نام بھول جانے کا، اور دیکھی ہوئی اشیاء کے نام بتلانے کی ناقابلیت کا خاص رجحان ہوتا ہے۔

حبسہ کی حالت میں اس امر کا دریافت کرلینا اہم ہے کہ آیا وہ مریض ایسر ہے، اور اگر نہیں ہے تو کیا ایسریت اس کے خاندان میں ایک موروثی خاصہ ہے[۱]۔ ایمن اشخاص میں حبسہ دماغ کی بائیں جانب کے اضرار میں پایا جاتا ہے، اور ایسر اشخاص میں دماغ کے دائیں جانب کے اضرار میں۔ دایاں فالج نصفی اگر شدید ہے تو اس کے ساتھ تقریباً ہمیشہ حبسہ ہوتا ہے، جو بازو کے شلل کے درجہ کی زیادتی کے ساتھ زیادہ ہوتا ہے۔

وظیفۂ گویائی کے مقام کی تعیین کے متعلق تفصیلات دیکھنی ہوں تو ملاحظہ ہو

---

[۱] فاسٹر کینیڈی (Foster Kennedy) نے بتلا دیا ہے کہ ایسریت کا قوی رجحان رکھنے والے خاندان کے ایک ایمن شخص میں ممکن ہے کہ مراکز گویائی دائیں نیم کرہ میں واقع ہوں۔ اسی طرح ایمنیت کا قوی رجحان رکھنے والے خاندان کے ایک ایسر شخص میں ممکن ہے یہ بائیں نیم کرہ میں واقع ہوں۔

صفحہ 614).

عسر الکلام (dysarthria) - چونکہ نطق سے تعلق رکھنے والے عضلات کی تعصیب دماغ کے دونوں نصف کروں سے ہوتی ہے، لہذا جب تک کہ قشری بصلی راستہ کا ضرر دونوں جانبوں پر نہ ہو، یا لائی عصبیہ سے شللی عسر الکلام پیدا نہیں ہوتا۔ یہ حالت دماغ کے متعدد عروقی یا تنکسی اضرار میں واقع ہوتی ہے، اور اس کے ساتھ عموماً جذباتی تلون اور شدید درجہ کی ذہنی خرابی بھی موجود ہوتی ہے۔ اس کا نام کاذب بصلی شلل (pseudo-bulbar palsy) رکھا گیا ہے تاکہ اسے اس عسر الکلام سے متفرق کیا جا سکے جو دیرین عصبیوں کے اضرار سے پیدا ہو جاتا ہے، مثلاً جو لب کو ماؤف کرنے والے مترقی عضلی ذبول (progressive muscular atrophy) کی حالت میں پایا جاتا ہے۔ ان تمام اصابتوں میں گفتگو ایک بے ڈھنگے پن کے ساتھ ہوتی ہے، گویا کہ مریض کے منہ میں گرم آلو رکھا ہوا ہے، اور حقیقی بصلی شلل میں مریض میں بعض اوقات فقدان تلفظ (anarthria) 620 ہو جاتا ہے۔

عسر الکلام دمیغی ہم آہنگی پیدا کرنے والے میکانیہ کے خلل سے بھی پیدا ہو سکتا ہے، جیسے کہ صلابت منثور (disseminated sclerosis) میں اور دمیغی اضرار کی بعض اصابتوں میں (صفحہ 718)۔

عسر الکلام کی مندرجۂ بالا قسمیں اسی وقت ظاہر ہوتی ہیں جب کہ مریض اپنی سرگذشت بیان کرتا ہے، لیکن شللی عتاہت (dementia paralytica) کی ایک مشتبہ اصابت میں جس میں نطق کا نقص جزءً نقصانِ طاقت کے باعث ہو، اور جزءً نقصانِ ہم آہنگی کے باعث، اور جو ایک ابتدائی امارت ہو، مریض کو بعض ایسے آزمائشی الفاظ کا تلفظ ادا کرنے کی ہدایت کرنی چاہئے جیسے کہ، "میتھوڈسٹ ایپس کوپیکل" ("Methodist Episcopical") "ویسٹ رجسٹر اسٹریٹ" ("West Register Street") وغیرہ۔ دیکھنا چاہئے کہ نقائص ذیل موجود ہیں یا نہیں، ۔ قطاعت (slurring)، ارکان ہجی کا حذف (elision)، یا ارکان ہجی یا الفاظ کو ادھر سے ادھر کر دینا۔

۲۔ مخصوص حواس

بصارت ۔ تیزی (acuity) - باقاعدہ امتحانی حروف کی عدم موجودگی میں تیزئ نظر کی سرسری شناخت اس طرح کی جاسکتی ہے کہ مریض کو کہا جائے کہ وہ باری باری سے ہر آنکھ کو بند کرکے باریک چھپے ہوئے حروف بلند آواز سے پڑھے۔ اگر تیزئ نظر پست درجہ کی ہو اور مریض کے پاس عینک ہو تو وہ اُسے لگانے دیں۔ اگر عینک صحیح ہے، اور صرف انعطاف میں غلطی ہے، تو عینک لگانے پر مریض کی تیزئ نظر طبعی ہونی چاہئے۔

میدانِ نظر (visual fields) - ہر آنکھ کے میدان نظر کا سرسری امتحان حسب ذیل طریقہ سے کیا جاسکتا ہے:۔ مریض ایک ہاتھ اپنی دائیں آنکھ پر رکھ کر دوسری آنکھ سے مشاہد کی دائیں آنکھ کی پتلی پر نظر جماتا ہے۔ خود مشاہد اپنی بائیں آنکھ کو بند کرکے مریض کی بائیں آنکھ پر توجہ جماتا ہے۔ پھر وہ ایک دستہ پر لگی ہوئی کوئی چھوٹی سی سپید شے لے کر (اس کے لئے ٹوپی میں لگانیکی سپید سر سے والی معمولی الپین نہایت سہولت بخش ہوتی ہے)، اور اُسے خود اپنے اور مریض کے درمیان بیچوں بیچ رکھ کر بتدریج محیط سے میدان نظر کے مرکز کی طرف لاتا ہے، اور مریض کو ہدایت کردیتا ہے کہ جب وہ شے اُسے نظر آنے لگے تو کہدے کہ "ہاں اب"۔ اس طرح سے مشاہد مریض کی دونوں آنکھوں کے میدانِ نظر کا مقابلہ خود اپنے میدان نظر کے ساتھ کرکے معتد بہ جسامت کے نقائص دریافت کرسکتا ہے۔ میدانِ نظر کا امتحان ایک نہایت اہم کارروائی ہے اور اس سے نہایت قیمتی انکشافات ہوسکتے ہیں، بالخصوص ان امراض کی حالت میں جو بصری خطوں کو ماؤف کرتے ہوں (مثلاً سلعۂ نخامیہ) یا بصری اشعاعات کو ماؤف کرتے ہوں (مثلاً داخلی کیسہ کے پچھلے سرے پر ایک عروقی ضرر) (ملاحظہ ہو صفحہ 611)۔

قعرالعین (fundus oculi) - طبیب کے لئے آنکھ دماغ کا دریچہ ہے، اور برقی چشم بین سے قرص بصری (optic disc) کا امتحان اس قدر

آسان ہو گیا ہے کہ ہر اس اصابت میں جس میں عصبی مرض کا شبہ ہو اُسے ضرور کرنا چاہئے۔ خاص تغیرات جن کی تلاش قرص بصری میں کرنی چاہئے آذیما اور ذبول ہیں۔

آذیمائے قرص بصری (papillœdema) عموماً دروں جمجی دباؤ کی زیادتی کا نتیجہ ہوتا ہے اور اس کی پیدائش کے میکانیہ کے متعلق آیندہ بحث کی جائے گی (ملاحظہ ہو صفحہ 634)۔ اس مرض کی تمثیلی ابتدائی اصابت میں مرکزی ورید مختنق ہوتی ہے، فسلیا تی کاسہ رشحہ سے پُر ہوتا ہے، اور قرص کی کورین بجائے واضح الحدود ہونے کے، دھندلی ہوتی ہیں۔ اس کے بعد ممکن ہے کہ آذیما ایسا ہو جائے کہ جس سے قرص کی شکل "گل داؤدی" (chrysanthemum head) جیسی ہو جائے، اور قرص کے گرد کے شبکیہ میں رشحہ کی ٹکیاں اور نزفات ہوتے ہیں۔

ذبول قرص بصری (optic atrophy) میں قرص معمول کے نسبت زیادہ پھیکے پیلے رنگ کا نظر آتا ہے، اور ذبول کے ترقی یافتہ درجہ میں یہ گرو وپیش کے گلابی شبکیہ کے مقابلہ میں بالکل سپید رنگ کا اور ابھرا ہوا نظر آتا ہے۔ ذبول کے دقیق مناظر کثیتعد سبب کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں اور ان پر آیندہ بحث کی جائے گی (ملاحظہ ہو صفحہ 635)۔

اس حقیقت کو ذہن نشین کر لینا اہم ہے کہ درآنحالیکہ ذبول قرص بصری کے ساتھ ہمیشہ تیزی بصارت میں کچھ تنقص پایا جاتا ہے، ترقی یافتہ آذیمائے قرص بصری کی موجودگی کے ساتھ طبعی بصارت صحیح و سالم باقی رہ سکتی ہے، اور جب تک کہ ورم کا رفع ہونا شروع نہ ہو جائے اور مرضی حالت ثانوی ذبول کے درجہ میں نہ پہنچ جائے تیزئ نظر میں کمی نہیں واقع ہوتی۔ دماغی مرض کی بعض اصابتوں میں دوسرا قیمتی ثبوت شبکیتی شرائین سے حاصل ہو سکتا ہے، اور ان شرائین کی حالت دماغی شریانات کی حالت کا بہترین آئینہ ہے۔ دماغی شریانی صلابت (cerebral arteriosclerosis) کی اصابتوں میں شبکیتی شرائین اکثر پیچ دار ہوتی ہیں اور ان کی دیواریں موٹی ہو جاتی ہیں، اور وریدوں کو اس جگہ جہاں وہ

ان کو عبور کرتی ہیں بھیج دیتی ہیں۔ نیز شریانی دیواروں میں سخت
621 اور شبکیتی نزفات نظر آتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 302)۔
دوسرے قیمتی انکشافات آتشکی الاصل منتشر التہاب مشیمیہ وشبکیہ
(disseminated choroido-retinitis)، یا البیومین بولی التہاب شبکیہ
(albuminuric retinitis) ہیں۔

سماعت۔ اس کا امتحان سرسری طور پر یوں کیا جا سکتا ہے کہ مریض کا دایاں کان بند کر کے ایک جیبی گھڑی بتدریج اس کے بائیں کان کے طرف لائیں حتیٰ کہ وہ گھڑی کے چلنے کی ٹک ٹک آواز کو سن سکے۔ یہی عمل دوسرے کان کے لیے مکرر کیا جاتا ہے، اور اس امتحان کے نتائج کو جہاں گھڑی سنی گئی تھی اس فاصلہ کی صورت میں ظاہر کیا جاتا ہے، جس کی سرسری تخمین انچوں میں کر لی جاتی ہے۔ اگر سمعی تیزی ایک یا دونوں جانبوں پر بہت کم ہو گئی ہے، تو رینی کا امتحان (Rinne's test) عمل میں لانا چاہئے۔ وہ یہ ہے کہ ایک چھوٹا ارتعاشی سُر کا دوشاخہ اس طرح رکھ دیا جاتا ہے کہ اس کا قاعدہ ایک زائدۂ حلمیہ پر ہو۔ مریض کو ہدایت کر دی جاتی ہے کہ جب وہ ارتعاش کو محسوس کرنا موقوف کر دے تو وہ اشارہ کر کے بتا دے، اور پھر دوشاخہ کو ایک ایسے نقطہ پر منتقل کر دیا جاتا ہے جو سمعی منفذ کے بالکل بیرونی جانب ہو، اور اب مریض کو اسے پھر سننا چاہئے۔ اگر وہ نہ سنے تو کہتے ہیں کہ امتحان رینی منفی ہے، اور اس کے یہ معنی ہیں کہ بہرا پن، درمیانی گوش میں سے آواز کے عدم ایصال کے باعث ہے۔ اگر بہرے پن کی موجودگی میں امتحان رینی مثبت ہے تو اس سے ظاہر ہوتا ہے کہ خرابی خود عصب سمعی میں ہے (عصبی صمم = nerve deafness)۔

شامہ۔ اس کے امتحان کا یہ طریقہ ہے کہ مریض اپنے ہر نتھنے کو باری باری سے اپنی انگلی سے دبا کر بند کرے، پھر اسے مختلف چیزیں سنگھائی جائیں اور وہ ان کے نام بتانے کی کوشش کرے۔ نہایت موزوں امتحانی چیزیں یہ ہیں:۔ ہینگ، لونگ کا تیل، کافور، یوکالپٹس (eucalyptus)، اور پودینہ۔ بعض اوقات اس حالت میں جب کہ جیبی لفتہ کی رسولی شمی خطے کو دبا رہی ہو، یک جانبی

عدم الشامہ (unilateral anosmia) کی امارت مقام مرض کی تعیین میں مدد دیتی ہے۔ ایسی دروں انفی حالتوں کا جن سے حس پذیری میں کمی واقع ہو جانے کا امکان ہے، اس امتحان میں لحاظ کرنا ضروری ہے۔

ذائقہ۔ ذائقہ کے احساس کے امتحانات شاذ ہی سریری اہمیت رکھتے ہیں، اور انھیں دستور العمل امتحان میں شامل کرنے کی ضرورت نہیں۔ زبان کے اگلے دو ثلث کے لیے ذائقی ریشے پہلے عصب لسانی میں اور پھر حبل طبلی میں اوپر صعود کرتے ہیں، اور لسانی بلعومی عصب زبان کے پچھلے ثلث کو رسد پہنچاتا ہے۔

۳۔ جمجمی اعصاب

آنکھیں۔ پہلے جفنی روزنوں کی چوڑائی دیکھی جاتی ہے تاکہ استرخاء الجفن (ptosis)، جحوظ العین (exophthalmos) یا غوور العین (enophthalmos) کی موجودگی معلوم ہو جائے۔ اس کے بعد پتلیوں کا معائنہ کیا جاتا ہے۔ معمولاً وہ جسامت میں مساوی، اور گول ہوتی ہیں، اور قرنیہ کے مرکز میں واقع ہوتی ہیں۔ پھر باری باری سے ہر پتلی کا بالنور تعامل دیکھنے کے لیے پتلی کے اندر ایک برقی مشعل (electrical torch) کی روشنی ڈالی جاتی ہے، اور دونوں پتلیوں کا توفیق کے ساتھ تعامل دیکھنے کے لئے مریض کو ہدایت کی جاتی ہے کہ پہلے دور فاصلہ پر دیکھے اور پھر اپنی نظر کو کسی ایسی شے پر جمائے جو اس کی ناک کے سامنے ۶ یا ۸ انچ فاصلہ پر تھام رکھی گئی ہو۔

استرخاء الجفن (ptosis)، (یعنی اوپر کے پپوٹے کا لٹک پڑنا)، جو یک جانبی ہو یا دو جانبی، نہایت عام طور پر ایک یا دونوں اعصاب سوئم کے شلل کا نتیجہ ہوتا ہے۔ نیز یہ عنقی مشارکی کے شلل کے باعث ہو سکتا ہے یا خود عضلاتِ رافعہ کی کمزوری کے باعث، جیسے کہ مترقی عضلی نہاکت (myasthenia gravis) میں۔

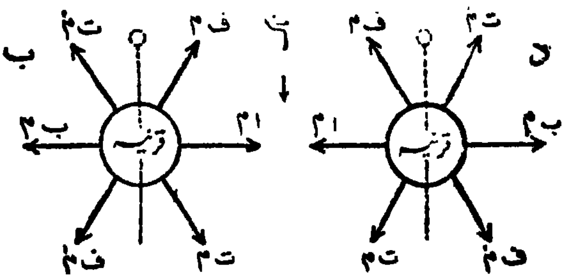
پتلیوں کی ناہمواری ان اسباب سے پیدا ہو سکتی ہے: عنقی مشارکی شلل

جس کا نتیجہ انقباضِ حدقہ ہوتا ہے، یا اعصاب سویم میں سے ایک عصب کا ضرر، جو ماؤف جانب پر شللی انتساع حدقہ پیدا کر دیتا ہے۔ لیکن یہ نہایت عام طور پر مرکزی عصبی نظام کی سنجیتی آتشک (parenchymatous syphilis) میں اُن دوسری غیر طبیعی حالتوں کے ساتھ دیکھی جاتی ہے، جن کو حدقاتِ آرگائل رابرٹ سن (Argyll Robertson pupils) کے عنوان کے تحت جمع کیا گیا ہے۔ اس حالت میں بالعموم پتلیاں ناہموار یا غیر مساوی ہوتی ہیں (بڑی ہونے کے نسبت اکثر اوقات چھوٹی)۔ ان کے حدود بے قاعدہ یا غیر منتظم (اکثر بیضہ نما) اور اُن کا محل وقوع منحرف المرکز ہوتا ہے۔ تمثیلی حالت میں وہ توفیق میں تیز تعامل کرتی ہیں، لیکن روشنی کے ساتھ تعامل مطلق نہیں ظاہر کرتیں۔ بعد کے درجہ میں ممکن ہے کہ توفیق میں کا تعامل بھی مفقود ہو جائے۔ سباتی التہاب دماغ (encephalitis lethargica) میں بعض اوقات پتلیوں کی ایک ایسی حالت مشاہدہ میں آتی ہے جو آرگائل رابرٹ سن کی بیان کردہ حالت کے برعکس ہوتی ہے، یعنی وہ روشنی سے تو تعامل ظاہر کرتی ہیں لیکن توفیق میں تعامل نہیں ظاہر کرتیں۔ مگر سباتی التہاب دماغ (encephalitis lethargica) کے نتیجے کے طور پر حقیقی حدقاتِ آرگائل رابرٹ سن بھی دیکھنے میں آسکتی ہیں۔ فوقانی اجسام رباعیہ توامیہ کے ضررات بھی غیر متحرک پتلیوں کی پیدائش کا سبب ہو سکتے ہیں۔

یک چشمی کوری (monocular blindness) کی اُن اصابتوں میں جو
عصب بصری کے ضررات کے باعث ہوں، ماؤف آنکھ کی پتلی متسع ہوتی ہے۔ 622
اور راست تنویر سے تعامل نہیں ظاہر کرتی، لیکن اگر دوسری آنکھ کو روشنی سے متہیج کیا جائے تو فرجیہ کی دو جانبی تعصیب کے باعث یہ اُس آنکھ کی پتلی کے ساتھ ہمزمان طور پر منقبض ہوتی ہے۔ اس حالت میں کہا جاتا ہے کہ پتلی ہم احساس تنویر سے تعامل ظاہر کرتی ہے نہ کہ تنویر بلاواسطہ سے۔

حرکاتِ چشم تیسرے، چوتھے اور چھٹے عصب کے ذریعہ سے عمل میں آتے ہیں۔ ان میں سے ایک یا زائد اعصاب کا شلل اگر کامل ہے، تو معائنہ سے

بہ آسانی پہچانا جا سکتا ہے۔ تیسرے عصب کے شلل میں کامل استرخاء الجفن ہوتا ہے، ماؤف آنکھ کی تپلی متسع ہوتی ہے اور روشنی یا فاصلہ سے تعامل نہیں ظاہر کرتی، اور آرام کی حالت میں یہ آنکھ خارجی عضلہ مستقیمہ کے بے روک فعل سے باہر کی طرف پھری ہوئی ہوتی ہے۔ باقی جو حرکات رہ جاتی ہیں ان میں سے صرف ایک تو باہر کی طرف حرکت ہے، جس کی تعصیب چھٹے عصب سے ہوتی ہے، اور دوسری کسی قدر نیچے کی طرف حرکت، جو فوقانی مورّبہ عضلہ کی وساطت سے عمل میں آتی ہے، جس کی تعصیب چوتھے



تصویر ۹۔ ہیس ہرمن کا نقشہ جس سے (۱) عضلات چشم کے حرکات، اور (۲) شلل کی حالت میں کاذب خیال کے محل وقوع ظاہر ہوتے ہیں۔

(ا)۔(ا) تیل حرکات تیروں کا رُخ اس سمت میں ہے کہ جس میں ہر عضلہ آنکھ کو پھیرتا ہے (ب) گردش۔ ایک دیا سلائی کا سرا اوپر کو رکھ کر اس کو ہر اس نقطہ دار خط پر رکھو کہ جو انتصابی نصف النہار (meridian) کو ظاہر کرتا ہے۔ آنکھ کو اندر کی طرف گھمانے والے عضلات دیا سلائی کے سر کو ناک کی طرف پھیر دیتے ہیں (فوقانی مستقیمہ اور فوقانی مورّبہ)۔ اس کو باہر کی طرف گھمانے والے عضلات دیا سلائی کو مخالف سمت میں پھیر دیتے ہیں (تحتانی مورّبہ اور تحتانی مستقیمہ)۔ (۲) دیا سلائیاں تصویر پر پھر رکھو۔ دیا سلائی صادق خیال کی نمائندگی کرتی ہے۔ چار شاخیں جو کہ فوقانی مستقیمہ، تحتانی مستقیمہ، فوقانی مورّبہ اور تحتانی مورّبہ کے طور پر نشان زد ہیں، اس کاذب خیال کا اضافی محل وقوع (انتصابی اور جانبی غیر وضعیت اور جھکاؤ) بتاتی ہیں جو کہ ان عضلات میں سے ہر ایک کے شلل سے ظہور میں آتا ہے۔ اندرونی یا بیرونی مستقیمہ کے شلل میں کاذب خیال، تناظر تیر کے سر میں سے انتصابی طور پر گذرتا ہے۔ (سر جیمز پرویس سٹوارٹ)۔

عصب سے ہوتی ہے۔ چھٹے عصب کے شلل میں داخلی عضلۂ مستقیمہ کے غیر متوازن فعل سے آنکھ اندر کی طرف پھری ہوئی ہوتی ہے۔ چوتھے عصب کا منفرد شلل جب تک کہ آنکھیں آرام کی حالت میں ہیں کوئی حول نہیں پیدا کرتا (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 634)۔

حرکات چشم کی جولانی کے مزید امتحان کے لیے مریض کو ہدایت کی جاتی ہے کہ اپنی نظر کو شاہد کی انگلی کے ساتھ ساتھ لے جائے۔ اس طرح اسے باری باری سے اوپر نیچے اور دونوں طرف دیکھنے کو کہا جاتا ہے۔ اس ذریعہ سے خفیف درجوں کی کمزوری شناخت کی جاسکتی ہے۔ چوتھے عصب کا فعل آنکھ کو نیچے اور باہر کے طرف پھرانے کا ہے۔ اگر جیسا کہ اکثر اتفاق ہوتا ہے، طبیب حرکات چشم کی جولانی کا امتحان کسی ایسے مریض میں کرنا چاہے، جو بالکل نابینا ہو، تو اس کو چاہیئے کہ وہ خود مریض کی انگلیوں کو مطلوبہ مقامات پر پکڑ رکھے اور اس کو ان کے طرف نظر لیجانے کی ہدایت کرے۔ نہایت نازک درجوں کی کمزوری، موضوعی دُہری بینائی یا ازدواج النظر پیدا کرسکتی ہے، بغیر اس کے کہ چشمی محوروں کی موازات کا کوئی معروضی نقصان ہو۔

اسی واسطے لازم ہے کہ حرکات چشم کے امتحان کے دوران میں مریض کو ہدایت کردی جائے کہ اگر آنکھوں کی کسی وضع میں اسے بجائے ایک کے دو خیال (images) نظر آنے کا شعور ہو تو بتلا دے۔ پھر آنکھوں کو بدستور اسی وضع میں رکھ کر ایک آنکھ بند کردی جاتی ہے، اور اسے یہ بتلانے کو کہا جاتا ہے کہ دو خیالوں میں کونسا خیال غائب ہو جاتا ہے، دائیں ہاتھ کی طرف کا یا بائیں ہاتھ کی طرف کا؟

ازدواج نظر میں وہ کاذب خیال جو ماؤف آنکھ کو نظر آتا ہے مشلول عضلہ کے جرّ کی سمت میں ہٹ جاتا ہے۔ اس کے یہ معنی ہیں کہ آنکھ کو اندر کی طرف پھرانے والے عضلات میں سے کسی ایک عضلہ کے شلل میں وہ خیال جو دونوں آنکھوں کو نظر آتے ہیں تقاطع کردہ ہوں گے، یعنی اگر دائیں آنکھ بند کرلی جائے 623
تو بائیں ہاتھ کی طرف کا خیال غائب ہو جائے گا، اور اگر بائیں آنکھ بند کیجائے تو دائیں ہاتھ کی طرف کا خیال غائب ہوگا۔ لیکن آنکھ کو باہر کی طرف حرکت دینے والے عضلات کے شلل میں خیال غیر تقاطع کردہ ہوں گے، یعنی اگر دائیں

آنکھ بند کی جائے تو دائیں ہاتھ کی طرف کا خیال غائب ہو جائے گا۔ آنکھ کو ترچھی حرکت دینے والے عضلات کی حالت میں کاذب خیال حقیقی خیال کے ساتھ ایک زاویہ پر جھکا ہوا بھی نظر آئے گا، اور اس زاویہ کا انحصار اس عضلہ پر ہوگا جو ماؤف ہوا ہے (شکل ۷۰)۔

بشپ ہرمن (Bishop Herman) کے ایجاد کردہ نقشہ سے جو اوپر درج ہے، (۱) عضلاتِ چشم کے حرکات، اور (۲) شکل میں کاذب خیال کا محلِ وقوع ظاہر ہوگا۔ یاد رکھنا چاہئے کہ بعض امراض مثلاً منتشر صلابت (disseminated sclerosis) اور عصبی نظام کی آتشک میں ایسے چشمی شلل واقع ہو سکتے ہیں جو نہایت قصیر المدّت ہوتے ہیں۔ لہٰذا کسی عصبی مریض کی سرگذشتِ حالات کے اندراج کے وقت یہ ضروری ہے کہ عارضی ازدواج النظر کے متعلق دریافت کیا جائے۔

حرکاتِ چشم کا امتحان کرتے وقت ممتحن کو چاہئے کہ رقصِ مقلہ (nystagmus) کی موجودگی یا غیر موجودگی کو دیکھے۔ یہ وہ حالت ہے جس میں آنکھوں کے مزدوج حرکات میں چنداں استقامت نہیں پائی جاتی اور مسلسل انحراف کے بجائے ہم جھٹکے دار اہتزازات کا تواتر دیکھتے ہیں۔ یہ آہستہ آہستہ یا تیز، کرخت یا نازک، جانبی یا گردشی ہو سکتے ہیں۔

یاد رکھنا چاہئے کہ ایسے اشخاص میں جو بڑھاپے یا بنیئی مرض کی وجہ سے کمزور ہوں آنکھوں کا ایک ہی سمت میں اطالت پذیر انحراف عضلاتِ چشم کی تکان بآسانی پیدا کر دیتا ہے، اور اس طرح ایسے اہتزازی حرکات پیدا کر دیتا ہے جو رقصِ مقلہ کے اہتزازی حرکات سے کسی قدر مشابہ ہوتے ہیں۔

پانچواں یا توأمی ثلاثی عصب (the fifth or trigeminal nerve)۔ اس عصب کی حسّی قسمت کی تین شاخوں کی توزیع جو جلد میں ہوتی ہے تصویر ۶۶ میں دکھلائی گئی ہے۔

اس رقبہ پر نرم روئی، اپن کے چبھنے، اور حرارت و برودت کی حس پذیری کا امتحان کیا جا سکتا ہے اسی طریقے پر جیسا کہ ابھی دوسرے جلدی رقبوں کے

تعلق میں بیان کیا جائے گا۔ ہر عصب متناظر جانب کی خدّی اور انفی اغشیۂ مخاطیہ کو بھی رسد دیتا ہے۔ لیکن حسّی جڑ یا اس کے عینی حصّے کے اضرار میں ابتدائی ترین معروضی امارات ماؤف جانب پر قرنیہ کے معکوسہ کا کم یا غائب ہو جانا ہے۔ اس کو طریقۂ ذیل پر تلاش کیا جا سکتا ہے:۔ مریض کو ہدایت کی جاتی ہے کہ وہ اپنی نظر کسی ایسی شئے پر جمائے جو اس کے انتہائی بائیں طرف ہو۔ شاہد مریض کی دائیں جانب اس سے قدرے پیچھے کھڑا ہوتا ہے اور ایک معمولی الپین کے گول سرے کو مریض کے دائیں قرنیہ کے ساتھ اس طریقے سے ہلکے سے متماس کرتا ہے کہ وہ شئے اسی وقت نظر آتی ہے جب کہ محسوس ہو چکتی ہے۔ یہی عمل بائیں قرنیہ کے لیے مکرر کیا جاتا ہے اور اس طرح دونوں جانبوں پر رمشی معکوسہ (blinking reflex) کے لئے جو دہلیز ہے اس کا مقابلہ کر لیا جاتا ہے۔

پانچویں عصب کی حرکی شاخ تمام عضلاتِ مضغ کو رسد پہنچاتی ہے۔ اس شاخ کے شلل میں، اس وقت جب کہ مریض کے دانت زور سے بند کئے ہوئے ہوں شاہد اپنے انگوٹھے دونوں عضلاتِ مضغیہ کے اگلے کناروں کے مقابل رکھ کر ماؤف جانب پر کمزوری معلوم کر سکتا ہے، نیز جب منہ چوڑا کھول دیا گیا ہو تو جبڑے کی نوک مشلول جانب کو ہٹی ہوئی نظر آتی ہے۔

اس عصب کے اضرار میں معروضی مظاہر پیدا ہونے سے قبل ممکن ہے حسّی جڑ سے جن رقبوں کو رسد پہنچتی ہے اُن میں سے ایک یا زاید رقبوں میں سن پن، جھنجھناہٹ یا درد کے موضوعی احساسات پیدا ہو جائیں۔

ساتواں یا وجہی عصب (the seventh or facial-nerve)

اس عصب کے شلل کامل میں چہرے کی ماؤف جانب نقاب نما (mask-like)، غیر متحرک، اور بے اظہار ہوتی ہے۔ انفی شفوی دہرا ومٹ کر صاف ہو جاتا ہے، پیشانی سے شکن غائب ہو جاتے ہیں۔ آنکھ تندرست جانب کی آنکھ کی نسبت زیادہ چوڑی کھلی ہوئی ہوتی ہے۔ اور گوشۂ دہن نیچے کو لٹک پڑتا ہے۔

ممکن ہے مریض ماؤف جانب پر ملتحمۂ چشم کی خراش کی شکایت کرے (عضلہ حمیلیہ جفنیہ کے شلل کے باعث معکوسہ رمشی کا فقدان ہو جانے کی وجہ سے)

نیز ممکن ہے وہ بولنے میں بے ڈھنگے پن کی شکایت کرے۔ کمزوری کے نسبتہً خفیف درجوں کی شناخت کے لئے مریض کو کہا جائے کہ اپنی آنکھیں زور سے بند کرے ساتھ ہی اپنے دانت دکھلائے۔ اس طریقے سے اگر کوئی عدم تشاکل موجود ہو وہ عموماً ظاہر ہوجاتا ہے۔ مریض سے اس کا منہ بھی چوڑا کھلوایا جاتا ہے، جس سے انفی شفوی میزاب نمایاں ہو جاتے ہیں اور پھر ان کا مقابلہ کیا جا سکتا ہے۔

آٹھواں عصب۔ اس عصب کے سمعی وظائف کا امتحان اس سے پہلے حواس مخصوصہ کے تحت بیان کیا گیا ہے۔ دوران سر کی، یا عصبی بہرے پن کی اصابتوں میں دھلیزی (vestibular) وظائف کی تحقیقات کے لیے 624

ایک سادہ طریقہ حسب ذیل ہے: مریض کو کھڑا کر کے اسے پانچ بار بہ سرعت گھمایا جاتا ہے، پہلے گھڑی کی سوئیوں کی سمت میں اور تھوڑے آرام کے بعد گھڑی کی سوئیوں کی مخالف سمت میں۔ گھڑی کی سوئیوں کی سمت میں (یعنی بائیں طرف سے لے کر دائیں طرف کو) آخری چکر کے بعد مریض اپنے انتہائی بائیں جانب کے ایک نقطہ پر نظر جماتا ہے اور مخالف سمت میں گھومنے کے بعد اپنے انتہائی دائیں جانب کے ایک نقطہ پر۔ ان میں سے ہر ایک حالت میں عارضی یا سریع الزوال رقص مقلہ کو دیکھنا چاہئے، اور اگر دونوں دھلیزیوں کا وظیفہ طبعی ہے تو آنکھوں کے رقص کی تیزی اور ان کی مدت، خواہ مریض کو گھڑی کی سوئیوں کی سمت میں گھمایا جائے یا اس کے خلاف سمت میں، دونوں حالتوں میں مماثل ہوگی۔

نواں یا لسانی بلعومی عصب (the ninth or glosso-pharyngeal nerve) یہ عصب زبان کے پچھلے ثلث اور نرم تالو کو حسی ریشے دیتا ہے اور بلعوم کو حرکی شاخیں۔ ایک سلائی کے سرے پر تھوڑی بھر روئی چپکا کر اس سے حسی وظیفہ کا امتحان کیا جا سکتا ہے۔

دسواں عصب یا تائہہ (the tenth nerve or vagus)۔ عصب تائہہ کے لیے سادہ ترین طریقۂ امتحان یہ ہے کہ مریض سے "آ" کہنے کو کہیں اور اس کے تالو کو غور سے دیکھیں۔ معمولی حالت میں ہمیں نرم تالو کی وسطی سیون سیدھی اوپر کو اٹھتی نظر آئے گی، لیکن اگر اس کی ایک جانب مشلول ہوگئی ہے

تو صرف تندرست جانب اوپر کو کھنچ جاتی ہے، اور سیون تندرست جانب کی طرف منحرف ہو کر ایک میڑھا پن بنا دیتی ہے۔

(مزید علامات کے لیے ملاحظہ ہو صفحہ 640)۔

گیارھواں یا نخاعی معین عصب (eleventh or spinal accessory nerve) اعصاب کے اس جوڑے کا (جو خالصتاً حرکی ہے) امتحان کرنے کے لئے ہم مریض کو کہتے ہیں کہ اپنے شانے سکیڑ لے، جو کہ عضلۂ مربعہ منحرفہ (trapezius) کے ذریعہ انجام دیا جاتا ہے، اور پھر مزاحمت کے مقابلے میں اپنی گردن کو جھکائے، جب کہ دونوں قصی حلمی عضلات (sternomastoids) اس طرح فعل کرنے لگتے ہیں کہ دونوں عضلات کے انقباضات کا بہ آسانی مقابلہ کیا جا سکتا ہے۔

بارھواں یا تحت اللسانی عصب (twelfth or hypoglossal nerve)۔ یہ عصب بھی خالصۃً حرکی وظیفہ رکھتا ہے، اور زبان کو، اور عظم لامی سے چسپیدہ بیشتر عضلات کو، رسد پہنچاتا ہے۔ اس کا وظیفہ معلوم کرنے کے لیے ہم مریض سے کہتے ہیں کہ اپنی زبان باہر نکالے۔ دو جانبی شلل میں کوئی حرکت نہیں ہوتی۔ یک جانبی شلل کی اصابتوں میں، دوسری جانب کے تندرست عضلات، زبان کی نوک کو مشلول جانب کی طرف ہٹا دیتے ہیں۔ اگر شلل ایک اسفل حرکی عصبیہ کے ضرر (یعنی تحت اللسانی عصب کے نواتوں یا ریشوں کے ضرر) کے باعث ہے تو ماؤف جانب کے عضلات کا ذبول موجود ہو گا اور برافتادہ غشائے مخاطی میں جھریاں پڑی ہوئی ہوں گی۔

۴۔ حسی وظائف

ہلکے سے چھونے کی حس پذیری۔ مریض کو ہدایت کی جاتی ہے کہ جب کبھی بھر نرم روئی یا اونٹ کے بالوں کے برش کا چھونا جب جب وہ شناخت کرے وہ ہر بار "ہاں" کہے۔ شاید پہلے جلد کے اکثر رقبوں پر چند بار چھوتا ہے جن کے عدم الحس ہونے کا شبہ نہیں ہے، اور اگر دوسرے خطوں میں چھونا محسوس نہ ہو تو وہ دفعتاً فوقتاً

طبعی رقبوں پر پھر تہییج لگا کر اس امر کا اطمینان کرتا ہے کہ آیا حجیت کا فقدان محض عدم توجہ کی وجہ سے تو نہیں ہے۔

پہلے جوارح کی حساسیت کا استقصاء ہر ہاتھ اور پاؤں پر چند بار چھو کر کر لیا جاتا ہے۔ پھر اس جستجو کو طولاً ہر جارحہ کے اوپر تک لیجایا جاتا ہے اور بالآخر ایک یا دو لیولوں پر جارحہ کے محیط کا تعاقب کرتے ہوئے تہییجات کا ایک سلسلہ لگایا جاتا ہے اس سے یہ اطمینان ہو جائے گا کہ قطعی عدم حسیت کا کوئی چھوٹا رقبہ چھوٹنے نہیں پایا۔ اسی طریقے پر دھڑ کے جلدی رقبے کے متعلق تحقیق کر لی جاتی ہے۔ اگر کوئی ایسا منطقہ دریافت ہو جائے جس میں حس غائب یا کند معلوم ہو تو اس کا احتیاط کے ساتھ امتحان کرنا چاہئے اور عدم حسیت کا جو رقبہ حاصل ہو اس کے حدود کا خاکہ جلد پر نیلی پنسل سے بنا دینا چاہئے، جہاں سے اس کی نقل ایک قرطاس (chart) پر کی جا سکتی ہے۔

محقق کو چاہئے کہ محض معروضی امتحان پر اکتفا نہ کرے، بلکہ مریض کو ہدایت کر دے کہ اگر کسی نقطہ پر تہییج اس سے نسبتاً کم واضح معلوم ہو کہ جتنا طبعی رقبوں پر ہوتا ہے تو وہ اس سے مطلع کر دے۔ یہ بھی خاص طور پر دریافت کرنا چاہیے کہ آیا چھونے کا احساس جسم کی دونوں جانبوں پر برابر ہوتا ہے۔

درد کی حس پذیری بھی ایسے ہی اصول پر کرنی چاہئے، اور اس میں تہییج کے لیے ایک معمولی آلپین کی نوک کام میں لائی جاتی ہے۔ یہاں بھی مریض سے یہ تحقیق کر لینا نہایت ضروری ہے کہ حس میں کوئی کمی تخفیف تو نہیں پائی جاتی۔

تپش کی حس پذیری۔ چونکہ حرارت اور برودت کے صدمات کو منتقل 625 کرنے والے ریشوں کے راستے درد والے راستوں سے قریبی طور پر وابستہ ہوتے ہیں، لہذا معمولی دستور العمل عصبیاتی امتحان میں آخر الذکر کے متعلق تحقیق کر لینا کافی ہے۔ لیکن بعض اصابتوں (نخاع جوفیت = syringomyelia' سلعۂ نخاع) میں درد اور تپش کی حس پذیری کا جداگانہ امتحان ضروری ہے۔ تپش کے امتحان کے لئے دو امتحانی نلیاں کام میں لائی جاتی ہیں۔ جن میں سے ایک کے اندر ٹھنڈا پانی (برف کے ٹکڑے زیادہ بہتر ہیں) بھرا ہوا ہوتا ہے اور

دوسری میں ایسا پانی جس کی تپش ہاتھ سہہ سکے ۔ متذکرہ بالا طریقے پر جلدی رقبوں کا تفحص کیا جاتا ہے، اور مریض کو ہدایت کردی جاتی ہے کہ ہر تہیج کے متعلق "گرم!" یا "سرد!" کہہ کر جواب دے۔

اگر غلط جواب مندرج ہونے لگیں تو مشاہد کو اس امر کا اطمینان کر لینا چاہیئے کہ آیا جب دونوں نلیاں خود اس کے جسم کو لگائی جائیں، تو ان کی تپشیں اب بھی احساس میں ایک معقول فرق بہم پہنچاتی ہیں۔

وضع اور مجہول حرکت کی حسیں ہمیشہ ایک ساتھ ماؤف ہوتی ہیں۔ آخر الذکر کا حسب ذیل طریقے پر نہایت آسانی سے امتحان کیا جاسکتا ہے۔ مشاہد امتحان طلب انگلی یا جارحہ کو مضبوطی کے ساتھ گرفت کر کے تھوڑے تھوڑے وقفوں سے اوپر یا نیچے کو حرکت دیتا ہے۔ مریض کو (جس کی آنکھیں بند ہوتی ہیں) ہدایت کی جاتی ہے کہ جیسے ہی کہ اسے کسی حرکت کا شعور ہو "اوپر!" یا "نیچے!" کہہ کر بتلا دے۔ طبعی اشخاص پر تجربہ کرنے سے طالب علم کو جلد ہی معلوم ہو جائے گا کہ اس وقت جب کہ حس پذیری کی یہ قسم غیر ماؤف ہو مریض سے صحیح جوابات کا سلسلہ حاصل کرنے کے لیے حرکت کا درجہ اور سرعت کتنی ہونی چاہیئے۔ اس قسم کے احساس کی مزید تخمین اس طرح کی جاتی ہے کہ مریض کے جوارح زیرین کو حرکت دے کر مختلف اوضاع میں لایا جائے اور اس سے کہا جائے کہ وہ آنکھیں بند رکھ کر ہلتی ہوئی انگلی یا پا انگلی کی طرف اشارہ کرے۔

حسِ ارتعاش۔ اِس امتحان کے لیے مشاہد ایک بڑا ارتعاشی سُر کا دوشاخہ استعمال کرتا ہے، جس کا دستہ باری باری سے مختلف عظمی ابھاروں پر لگایا جاتا ہے، اور مریض سے کہا جاتا ہے کہ اپنے احساسات بیان کرے۔ مشاہد کو خود اپنے بدن پر کئے تقابلی مشاہدات سے طبعی حس پذیری کا معیار حاصل ہوسکتا ہے۔ پچھلے استوانہ کے ریشوں کی مضرت کی حالت میں حس کی شناخت کے لیے یہ طریقہ امتحان بہت مفید ہے۔ اس قسم کا احساس جوارح زیرین میں جلد ہی کم یا غائب ہو جاتا ہے۔

لمسی شکل شناسی (stereognosis)۔ بصارت استعمال کئے بغیر ہاتھ میں

رکھی ہوئی اشیا کی شکل، جسامت اور بناوٹ کی شناخت کرنے کی قوت، اس اصطلاح سے مراد ہے۔ ان مریضوں کو جن میں یہ قوت مفقود ہو گئی ہو، یہ کہا جائے گا کہ وہ لمسی شکل ناشناسی (astereognosis) میں مبتلا ہیں۔ جب ہاتھ کی انگلیوں میں جلدی حس پذیری شدت کے ساتھ ماؤف ہو تو قدرتی طور پر یہ حالت موجود ہو گی۔ یہ ناقص وضعی حس سے بھی پیدا ہو سکتی ہے، خواہ جلدی حس پذیری کامل ہی کیوں نہ ہو۔

۵۔ حرکی نظام

غیر ارادی حرکات یا تو حرکی عصبیوں کی خراش سے پیدا ہو سکتے ہیں، یا ان عصبیوں کے اتلاف سے جو کہ طبعی طور پر نیچے کے مرکزوں پر ایک امتناعی اثر مترتب کرتے ہیں۔

تشنجات (convulsions) کا بیان جو دماغی مبداء رکھتے ہیں اور مقامی یا عمومی ہوتے ہیں، صرع (epilepsy) اور سلعۂ دماغ کے عنوانوں کے تحت درج ہے۔

رعشے (tremors)، عضلات کے گروہوں اور ان کے متضاد الفعل عضلات کے لے دار تبادل حرکات پر مشتمل ہوتے ہیں، اور ان کی جماعت بندی حرکات کی شرح اور وسعت اور ماؤف شدہ عضلات کے لحاظ سے کی جاتی ہے۔ تیز اور باریک رعشے کی مثال کے طور پر وہ رعشہ بیان کیا جا سکتا ہے جو مرض گریو (Grave's disease) میں انگلیوں میں دیکھا جاتا ہے، لیکن وہ رعشہ جو شلل اہتزازی (paralysis agitans) میں دیکھا جاتا ہے نسبتہً آہستہ اور موٹا ہے۔

داء الرقص نما حرکات (choreiform movements) جیسی کہ تمثیلی طور پر نام نہاد رثیتی داء الرقص (rheumatic chorea) میں دیکھے جاتے ہیں، ان کا بڑا خاصہ ان کی بے نظمی اور عدم توازن ہے۔

کنع (athetosis) کے حرکات ان سے مختلف ہوتے ہیں اور نہایت عام طور پر کہنہ فالج نصفی کے قبضی جوارح میں دیکھے جاتے ہیں۔ یہ عموماً بالائی جوارح میں محدود ہوتے ہیں اور

آہستہ، غیر منظم اور بل کھانے کے حرکات پر مشتمل ہوتے ہیں، جو انگلیوں اور کلائیوں میں نہایت نمایاں ہوتے ہیں لیکن شدید اصابتوں میں بازو کو بھی ماؤف کر دیتے ہیں۔

626 عضلی رجفہ (myoclonus) کے نام سے موسوم حالت کا ممیّز خاصہ مختلف عضلات کے ناگہانی صدمہ نما انقباضات ہیں، جو شرح اور توازن میں غیر منتظم ہوتے، اور دوروں کی شکل میں ظاہر ہونے کا رجحان رکھتے ہیں، اور ان میں سے ہر دورہ چند ثانیوں یا دقیقوں تک جاری رہتا ہے۔

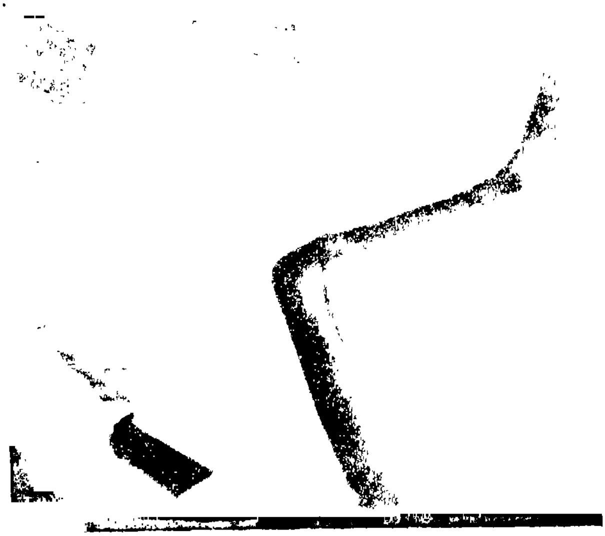
عضلی رجفہ کی قسم کے غیر ارادی حرکات بارہا سباتی التہاب دماغ (encephalitis lethargica) میں مشاہدے میں آئے ہیں، اور ایک منفرد مظہر کے طور پر خاندانی مرض کی بعض شاذ اصابتوں میں دیکھے گئے ہیں۔

ریشکی رعشے (fibrillary tremors) یا جھٹکے عضلات کے منفرد حصوں یا ریشکوں کے سریع انقباضات ہیں جو جلد کے نیچے ذرا ہی نظر آسکتے ہیں، اور صرف کبھی کبھی مفاصل کو حرکت میں لاتے ہیں۔ یہ بالخصوص ان عضلات میں واقع ہوتے جن کی رسد اگلے قرن کے خلیوں سے پہنچتی ہے اور جن میں آہستہ انحطاط واقع ہو رہا ہو مثلاً حرکی عصبیتی مرض میں (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 762)۔

عضلاتی ذبول اس اسفل حرکی عصبیہ کے ضرر سے پیدا ہو سکتا ہے جو اسے رسد پہنچاتا ہے (مقدم التہاب رماد النخاع= anterior poliomyelitis، حرکی عصبیتی مرض= motor neuron disease، محیطی عصبی التہاب= peripheral neuritis)، یا خود عضلی ریشوں کے اندر انحطاطی نوعیت کے تغیرات ہونے کے باعث ہوتا ہے (عضلی سوء تغذیہ = muscular- dystrophy)۔ مقامی عضلی ہزال کے نسبتۂ کمتر درجے ان جوارح میں واقع ہوتے ہیں جن کے اسفل حرکی عصبیے تو صحیح وسالم ہوں مگر وہ طویل عرصے تک استعمال میں نہ لائے گئے ہوں، مثلاً بالائی حرکی عصبیہ کے شلل کہنہ کی اصابتوں میں اور ہسٹیریائی شلل میں۔ عمومی عضلی ذبول مزمن نقص تغذیہ کی حالتوں (مثلاً سل ریوی، ذیابیطس، یا مرض خبیث) کا ایک نمایاں خاصہ ہو سکتا ہے۔

امراضیاتی پیش پرورش صرف عضلی سوء تغذیہ کی شاذ اصابتوں میں دیکھی جاتی ہے (ملاحظہ ہو تصویر ۲۹ صفحہ 757)۔

عضلی تنتش (muscular tone) کی حالت کی تخمین اس بنا پر کی جاتی ہے کہ مختلف مفاصل کے حرکات مجہول کس آسانی سے عمل میں لائے جاسکتے ہیں۔ شدید نقصان تنتش کی حالتوں مثلاً ہزال نخاع (tabes) اور پیدائشی عدم تنتش عضلہ (amyotonia congenita)' میں ان حرکات کی جولانی بہت زیادہ



تصویر ۷۷۔ ایک بچے کی تصویر ہو کرنگ کی علامت پیش کرتا ہے۔ کاملہ عضلات کا انقباض نوٹ کرنا چاہئے۔ (ٹرنر Turner: اور سٹوارٹ Stewart: کی تعلیم میں)۔

ہو جاتی ہے، چنانچہ کولہے کے جوڑوں کی خم کردگی کے ذریعہ مریض کے پاؤں کو اس کے کندھوں کے قریب لانا ممکن ہوتا ہے۔ ہرمی اضرار کے باعث جو تنتش کی زیادتی یا تشنجیت (spasticity) دیکھی جاتی ہے وہ بالائی جارحہ میں خم کن عضلات کے گروہوں تک اور زیرین جارحہ میں باسط گروہوں

ب محدود ہوتی ہے ۔ اس کا ممیز خاصہ یہ ہوتا ہے کہ مخالف سمت میں حرکت مجہول کرنے میں مزاحمت ہوتی ہے، اور یہ مزاحمت ابتداءً اعظم ہوتی ہے لیکن ازاں بعد ڈھیلی پڑجاتی ہے، مثل اس مزاحمت کے جو کہ ایک گرفت دار چاقو کے کھولنے میں پائی جاتی ہے۔

شکل اہتزازی کی کرختگی، اس سے بھی زیادہ یکساں طور پر توزیع شدہ ہوتی ہے، اور مجہول حرکت کی پوری جولانی میں قایم رہتی ہے (سیسہ کی نلی جیسی کرختگی = lead-pipe rigidity)- تاہم بسا اوقات عضلی تشنج ہموار طور پر نہیں بلکہ چھوٹے چھوٹے متوالی جھٹکوں کے ساتھ ڈھیلا پڑتا محسوس ہوتا ہے (دندانہ دار پہیا کرختگی = cog-wheel rigidity)-

627 امارتِ کرنِگ (Kernig's sign)- التہاب سحایا (meningitis) اور بعض دوسری حالتوں میں پایا گیا ہے کہ اگر مریض کو بیٹھی ہوئی وضع میں رکھ کر، یا جب مریض لیٹا ہوا ہو تو اس کی ران کو انتصابی رخ میں اوپر اٹھا کر، ران کو جسم کے ساتھ زاویہ قائمہ پر خمیدہ کیا جائے تو عضلات کا ذہ کے انقباض کے باعث، ٹانگ کو ران پر معمولی حد تک بسط نہیں کیا جاسکتا (تصویر ۷۷)۔ اس حالت میں جو عضلی تشنج واقع ہوتا ہے وہ بالخصوص ایک ارادی انقباض کے باعث ہوتا ہے جس کا مقصد اس درد کو روکنا ہے جو ملتہب اعصاب یا عصبی جڑوں کے تننے سے پیدا ہوتا ہے۔

ارادی قوت کی منظم تحقیقات کرنے کے لیے مریض سے کہا جاتا ہے کہ مزاحمت کے خلاف مختلف حرکات، ہاتھ کی انگلیوں، کلائیوں اور بازوؤں کی خم کردگی اور بسط کردگی، اکباب اور بطح وغیرہ عمل میں لائے۔

اگر کمزوری ہرمی ریشوں کے ضرر کے باعث ہو تو سب سے زیادہ ماؤف ہونے والے عضلات بالائی جارحہ میں باسطات ہوں گے (اس صورت میں انگلیوں کے حرکات اور کلائی کے بسط کرنے کی قوت کا نقصان سب سے پہلے ہوتا ہے)، اور زیرین جوارح میں خم کن عضلات (flexors) ہوں گے (اس صورت میں پاؤں کی ظہری خم کردگی کی ماؤفیت سب سے پہلے واقع ہوجاتی ہے)۔

حرکات کی ناہم آہنگی (inco-ordination) جو کمزوری کی غیر موجودگی میں ہو، وضع اور حرکت مجہول کی حس کے نقصان کے باعث ہو سکتی ہے ۔ اس کو دماغی مرض سے پیدا ہونے والی ناہم آہنگی سے تمیز کرنے کے لیے عدم اتساق کہا جاتا ہے، اگرچہ بعض اوقات اول الذکر کو بھی دماغی عدم اتساق کہا جاتا ہے ۔ ہم آہنگی کے امتحان کے لئے بہت سے طریقے ایجاد کئے گئے ہیں، جن میں سے سادہ ترین اور بہترین ذیل میں درج ہیں :۔

اصبع انف اصبعی امتحان (finger-nose-finger test)۔ شاہد اپنی دائیں انگشت شہادت مریض کے سامنے رکھتا ہے اتنی دور کہ مریض اسے چھو سکے ۔ مریض کو ہدایت کی جاتی ہے کہ اپنی دائیں انگشت شہادت کی نوک سے پہلے خود اپنی ناک کے سرے کو، اور پھر شاہد کی انگلی کی نوک کو چھوئے، اور جس قدر جلد اور جس قدر صفائی کے ساتھ ممکن ہو ان حرکات کو بالتبادل دہرائے ۔ اس اثنا میں شاہد تماسوں کے درمیان اپنے انگلی کے اس محل وقوع کو جو کہ مریض کے لحاظ سے ہے، بدلتا رہتا ہے ۔

ناہم آہنگی حسب ذیل امور سے ظاہر ہوتی ہے : خطِ حرکت سے انحراف، اور حرکت میں بیڈھنگاپن اور نشانے پر پہنچنے میں تاخیر نیز یا تو نشانہ تک پہنچنے سے پہلے ہی ٹھہر جانا یا اس سے آگے تک نکل جانے کا رجحان (نقص پیمائش فاصلہ۔ (dysmetria)۔

تواتر حرکات امتحان (diadochokinesis test)۔ مریض اپنے بالائی جوارح کو نیم خم کردہ حالت میں اس طرح رکھتا ہے کہ کہنیاں جسم کے پہلوؤں سے لگی ہوئی، اور انگلیاں مڑی ہوئی ہوں ۔ پھر وہ دونوں پیش بازوؤں سے ہمزمان طور پر اور جس قدر جلد جلد ممکن ہو اکباب اور تبطح کے تبادل حرکات عمل میں لاتا ہے ۔

ناہم آہنگی عسر تواتر حرکات (dysdiadochokinesis) سے ظاہر ہوتی ہے ۔ ماؤف جارحہ اپنے رفیق جارحہ سے پیچھے رہ جاتا ہے ۔ اس کی حرکت بیڈھنگی اور غیر متوازن ہوتی ہے، جس کو کہنی اور شانے پر کے بے ضرورت حرکات اور بھی نمایاں کر دیتے ہیں ۔

ایڑی گھٹنا امتحان (heel-knee test)۔ مریض لیٹی ہوئی وضع میں ایک ایڑی کو ہوا میں اونچا اٹھاتا ہے، اور اُسے آہستہ سے مخالف جانب کے گھٹنے پر رکھ کر قصبیہ کے اگلے کنارے پر سے برابر نیچے پھسلاتا ہوا ٹخنہ تک لاتا ہے۔ طبعی حالت میں یہ سلسلۂ حرکات سلاست اور سادگی کے ساتھ انجام دیا جاسکتا ہے، تاہم آہنگی عدم استقامت اور بے قاعدگی سے ظاہر ہوتی ہے۔

برقی تعاملات۔ عضلہ برقی تہییج پر جس مجیبیت کا اظہار کرتا ہے، بعض اوقات اس کی نوعیت کی بنا پر شلل کے مختلف اسباب میں تفریق کی جاسکتی ہے، اور یہ دریافت کیا جاسکتا ہے کہ اسفل حرکی عصبیے کے ایک ضرر کے بعد شفایابی کس لمحہ شروع ہوتی ہے۔

ہم یہاں فرض کر لیتے ہیں کہ طالب علم عضلہ اور عصب کی تہییج کے لیے برقی رو کے فعلیاتی استعمال کے طریقوں سے واقف ہے، جو فعلیات کی درسی کتب میں مل سکتے ہیں۔

فرادی رو اعصاب اور عصبی تنہاؤں کے لیے ایک کافی تہییج ہے، اور طبعی عضلات میں حالت صحت میں لگائی جائے تو یہ ایک تیز اور دیرپا انقباض پیدا کر دیتی ہے، یہ انقباض اس وقت بالخصوص نمایاں ہوتا ہے جب کہ برقیرہ اُس نقطہ پر رکھ دیا جائے جہاں حرکی عصب عضلہ میں داخل ہوتا ہے۔

اسفل حرکی عصبیہ کے کامل ضرر کی حالت میں فرادی تہییج مائوف عصب یا عضلہ دونوں میں کوئی مجیبیت پیدا نہیں کرتا۔ ناکمل اضرار کی حالت میں ممکن ہے کہ مجیبیت کی کچھ تخفیف واقع ہو جائے۔

گیلوانی رَو سے عضلی انقباض صرف اُسی وقت حاصل ہوتا ہے جب کہ دور کو جاری کیا جاتا یا منقطع کیا جاتا ہے۔ رَو کے مسلسل سَیلان کے دوران میں کوئی انقباض نہیں دیکھا جاتا۔ چونکہ قطب دو ہوتے ہیں، لہٰذا انقباضات کے چار سلسلے دیکھے جاسکتے ہیں، یعنی دو تو دور کو جاری اور منقطع کرنے پر اس وقت جب کہ مہیتج برقیرہ کیتھوڈ (زیریں برقیرہ) ہو اور دو دَور کو جاری اور منقطع کرنے پر اس وقت جب کہ اینوڈ (زبریں برقیرہ) مہیتج نقطہ کے طور پر استعمال کیا گیا ہو۔

628

انھیں عموماً حروف کی صورت میں حسب ذیل طریقے سے ظاہر کیا جاتا ہے :-

K.C.C. = کیتھوڈی اجسرائی انقباض
A.C.C. = اینوڈی اجسرائی انقباض
A.O.C. = اینوڈی انقطاعی انقباض
K.O.C. = کیتھوڈی انقطاعی انقباض

حالت صحت میں گیلوانی تہییج کارگر ہوتا ہے، خواہ اسے عضلہ پر خواہ عصب پر لگایا جائے، اور اس کا نتیجہ ایک مختصر تیز انقباض ہوتا ہے۔ اگر رَو کی طاقت مستقل اور معتدل ہو تو یہ پایا گیا ہے کہ K.C.C. (کیتھوڈی اجرائی انقباض) A.C.C. (اینوڈی اجسرائی انقباض) کے نسبت بڑا ہوتا ہے۔

اسفل حرکی عصبیے کے اضرار کی حالت میں گیلوانی ہیجان سے عصب میں کوئی مجیبیت نہیں واقع ہوتی، لیکن عضلہ اپنی مجیبیت میں بعض تغیرات ظاہر کرتا ہے، جنھیں تعاملِ انحطاط (reaction of degeneration) کے نام سے بیان کیا جاتا ہے۔

کیفی طور پر اس میں گیلوانیت سے واقع ہونے والی مجیبیت بجائے مختصر اور تیز ہونے کے بطیٔ النمو اور سست ہوتی ہے، اور کمّی طور پر یہ پایا گیا ہے کہ رَو کی مستقل طاقت کے ساتھ A.C.C. (اینوڈی اجسرائی انقباض) K.C.C. (کیتھوڈی اجسرائی انقباض) کے برابر یا اس سے زائد ہوتا ہے۔

اسفل حرکی عصبیہ کے ضرر کے بعد شفایابی کی سب سے پہلی آمارت عموماً یہ ہوتی ہے کہ عضلہ میں فرادی تحریک پذیری واپس آجاتی ہے۔

بعض امراض، مرض تھامسین (Thomsen's disease) اور مترقی عضلی نہاکت (myasthenia gravis) میں، برقی تحریک پذیری کے ممیز تغیرات پائے جاتے ہیں، جو ان عنوانوں کے تحت بیان کئے گئے ہیں۔

۶۔ معکوسات

معکوسات کی تقسیم اوپری، عمیق، اور حشائی میں کی گئی ہے۔ ان کی موجودگی کا انحصار ان حسی اور حرکی منتہائی آلات اور درآرندہ اور برآندہ ریشوں کی سلامتی پر ہوتا ہے جو معکوسی قوس میں مضمر ہیں۔ ان کی ترمیم ان بلند تر مرکزوں کے مختلف اضرار سے بھی ہوسکتی ہے جو ان پر ایک اقتداری یا اتناعی اثر رکھتے ہیں۔

معکوسات ذیل سریری امتحان میں خاص قدر و قیمت رکھتے ہیں:۔

اوپری معکوسے (superficial reflexes)۔ حدقی (pupillary)، قرنیتی (corneal) اور بلعومی (pharyngeal) معکوسوں کا بیان جمجمی اعصاب کے تحت درج کیا گیا ہے۔ شکمی معکوسے (abdominal reflexes) جلد کو آہستہ سے سہلانے (light stroking) سے جس کا نتیجہ زیر افتادہ عضلی نظام کا انقباض ہوتا ہے، حاصل ہوتے ہیں۔ ہر جانب پر ایک شراسیفی، وسطِ شکمی اور زیرین شکمی معکوسہ ممیز ہوسکتا ہے۔ یہ تندرست بالغوں کی بہت غالب تعداد میں موجود ہوتے ہیں اور دونوں جانبوں پر برابر ہوتے ہیں۔ لیکن دیوارِ شکم کی ڈھیلی اور لٹکی ہوئی حالت میں (جیسے کہ کثیر الولادت عورتوں میں)، دروں شکمی مرض کی اصابتوں (جیسے کہ ٹائیفائیڈ) میں، اور اس وقت جب کہ مریض غیر معمولی طور پر سرد ہو، یہ غیر موجود ہوسکتے ہیں۔

جب یہ اسباب موجود نہ ہوں، تو ان معکوسوں کی غیر موجودگی سے ہرمی ریشوں کا مرض ظاہر ہوتا ہے۔ جب ضرر ہرمی تقاطع سے اوپر کو ہوتا ہے تو یہ جسم کی متقابل جانب پر غائب ہوتے ہیں، اور جب ضرر تقاطع کے نیچے ہوتا ہے تو اسی جانب غائب ہوتے ہیں۔ اکثر اوقات ان معکوسوں کی عدم موجودگی ہرمی ماؤفیت کی ایک ابتدائی امارت ہوتی ہے، اور ان اصابتوں میں جہاں ان کی مکمل عدم موجودگی نہ ہو جسم کی دونوں جانبوں پر حاصل شدہ جھٹکوں کے درمیان ایک مستقل کمی فرق تشخیص میں مفید ہوتا ہے۔ معکوسہ علاقی (cremasteric reflex) ران کی اندرونی سطح پر کی جلد کو سہلانے سے حاصل ہوتا ہے۔ یہ جھٹکا یہ ہے کہ

خصیہ اوپر چڑھ جاتا ہے۔ ہرمی ضرر کی حالتوں میں ماؤف جانب پر شکمی معکوسوں کے ساتھ یہ معکوسہ بھی غیر موجود ہوتا ہے۔

اخمصی معکوسہ (plantar reflex)۔ تندرستی کی حالت میں تلوے کے بیرونی حاشیہ کو سہلانے سے بعد حارتی شلامی مفصل پر چھوٹی یا انگلیوں اور پا انگوٹھے کی خمیدگی واقع ہو جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ زود حس اشخاص میں ڈر کی وجہ سے پیچھے ہٹنے کی ارادی حرکتیں یا گدگدی اس مجیبیت کو پیچیدہ بنا دیں۔ اس کاشعہ کو ظاہر کرنے کے لیے بہترین طریقہ یہ ہے کہ جارحۂ زیریں کو مجہول طور پر بسط شدہ رکھا جائے۔ جلد گرم اور خشک ہونی چاہئیے۔ انسب تہییج کا انحصار ہر انفرادی حالت میں متعدد تغیر پذیر عوامل پر ہوتا ہے۔ عموماً یہ کافی ہوتا ہے کہ انگوٹھے کے ناخن کو اس کے ذریعہ دباؤ ڈالتے ہوئے تلوے کے بیرونی کنارے کے برابر ایڑی سے انگلیوں تک آہستہ سے کھینچا جائے، یا کوئی کند نوک والا اوزار استعمال کیا جا سکتا ہے۔ یہ معکوس مجیبیت مندرجۂ ذیل حالتوں میں غائب 629
ہو جاتی ہے: ۔ پہلے عجزی قطعہ کی معکوسی قوس کے اضرار میں۔ قوما میں۔ اُن حسی اختلالات کے ساتھ جو ہزال نخاع (tabes) میں تلوے کو ماؤف کر دیتے ہیں۔ پا انگلیوں کے عضلات کے شلل کے ساتھ، مثلاً حاد التہاب را دالنخاع (acute poliomyelitis) میں۔ اور اُس وقت جب کہ پاؤں ٹھنڈے ہوں۔ ہرمی ریشوں کے ضرر کی موجودگی میں متناظر جانب پر طبعی مجیبیت کے بجائے امارت بیبنسکی (Babinski's sign) ظاہر ہوتی ہے۔ اس میں یہ ہوتا ہے کہ پاؤں کا انگوٹھا اُوپر کی طرف حرکت کرتا ہے، اور دوسری انگلیاں تبعید ہو کر پنکھے کی طرح پھیل جاتی ہیں۔ اس کے ساتھ ہی عضلات کاذہ کا انقباض ہوتا ہے۔ نخاع کے مکمل عرضی ضرر کی اصابتوں میں پہلے اخمصی مجیبیتوں کا نقصان ہوتا ہے، لیکن جب نخاعی صدمہ سے شفایابی ہو جاتی ہے تو کسی ایک پاؤں کی تہییج کی مجیبیت میں دونوں جوارح کے پیچھے ہٹنے کی ایک کلی حرکت نمو یاب ہوتی ہے۔

عمیق معکوسے۔ یہ حقیقی معکوسے ہیں، اور ان کی فعالیت عضلی تنش

کی حالت کی آئینہ دار ہوتی ہے، اور ان کی موجودگی متعلقہ معکوسی قوسوں اور منتہائی اعضا کی سلامتی پر منحصر ہوتی ہے۔

ان کے امتحان کا طریقہ یہ ہے کہ جارحہ کو ایسی وضع میں رکھا جائے جس میں وہ عضلہ جس کا وتری جھٹکا (tendon jerk) ظاہر کرنا مقصود ہے، ڈھیلا پڑ جائے۔ پھر مشاہد اس عضلہ کو خفیف سے تناؤ کی حالت میں رکھ کر اس کے وتر پر ایک قرعی ہتھوڑے سے، ایک تیز تھپکی لگاتا ہے۔ مجیبیت یہ ہے کہ عضلہ کا انقباض ہو کر اس حصہ کی حرکت ہوتی ہے۔ مندرجۂ ذیل عمیق معکوسے سب سے زیادہ سریری اہمیت رکھتے ہیں:۔

مثلث الرؤوس کا جھٹکا (triceps jerk)۔ اس کے حاصل کرنے کا یہ طریقہ ہے کہ بازو کو کہنی پر نیم خمیدہ کیا جاتا ہے اور وتر پر اس جگہ سے ذرا اوپر کہ جہاں وہ زنج میں منتہی ہوتا ہے ضرب لگائی جاتی ہے۔

ذوراسین کا جھٹکا (biceps jerk) اس طرح حاصل ہوتا ہے کہ کہنی کے جوڑ کو خمیدہ کیا جائے، ذوراسین کے وتر پر اس کی منتہا کے عین اوپر ہی انگوٹھا رکھا جائے، اور عضلہ کو خفیف طور پر تانا جائے۔ پھر انگوٹھے پر ضرب لگائی جاتی ہے، جس سے ذوراسین منقبض ہو جاتا ہے۔

باطحہ کا جھٹکا (supinator jerk)۔ اس کو حاصل کرنے کے لئے مشاہد مریض کے ہاتھ کو ڈھیلا پکڑے رکھتا ہے، اس طرح پر کہ اس کی کہنی نیم خمیدہ اور پیش بازو نیم کبوب ہو، اور پھر ابری الشکل زائدہ سے بالکل اوپر ہی کعبری ہڈی کے بیرونی کنارے پر ضرب لگاتا ہے۔ مجیبیت یہ ہوتی ہے کہ عضلہ باطحہ طویلہ (عضلۂ عضدی کعبری = brachio-radialis) منقبض ہو کر کہنی کو خمیدہ کر دیتا ہے۔

رکبی جھٹکا (knee-jerk)۔ جب مریض پشت پر لیٹا ہوا ہو تو مشاہد اس کے گھٹنے کو خفیف خمیدگی کی حالت میں سہارا دے کر، رباطِ رضفی کو ایک ہتھوڑے سے تیز ضرب لگاتا ہے۔ اس کا نتیجہ ذوار بعۃ الرؤوس فخذی عضلہ کا پھرتیلا انقباض ہے۔ رکبی جھٹکے اس وقت بھی لیے جا سکتے ہیں کہ

مریض ایک کرسی پر بیٹھا ہوا ہو اور اس کی ایک ٹانگ دوسری کے وار پار پڑی ہوئی ہو۔ یہ امر اہم ہے کہ جارحہ پورے طور پر مرخی ہو۔ اگر معکوس پھر بھی ظاہر نہ ہو تو مریض کی توجہ کو اس طرف سے ہٹانا چاہیئے، مثلاً اس طرح کہ ایک ہاتھ کی انگلیاں دوسرے ہاتھ کی انگلیوں میں پکڑوائی جائیں اور جب وہ اپنے ہاتھوں کو کھینچ رہا ہو تو اسے چھت کی طرف دیکھنے کو کہا جائے (تقویت جینڈ راسیکی = Jendrassiki's reinforcement)۔

وترِ اخیلی کا یا کعبی جھٹکا (tendo achillis or ankle jerk)۔ اسے حاصل کرنے کے لیے پنڈلی کے عضلات کو خفیف سا تنا ہوا رکھ کر وترِ اخیلی پر خوب ضرب لگائی جاتی ہے، جس کی مجیبیت یہ ہوتی ہے کہ ان عضلات کا پھرتی کے ساتھ انقباض واقع ہو جاتا ہے۔

کعبی رجفہ (ankle clonus)۔ کعبی رجفہ، یا رجفۃ القدم ایک مماثل مظہر ہے، جو بعض نخاعی اور دیگر امراض میں واقع ہوتا ہے، لیکن رکبی جھٹکے کی طرح یہ تندرستی میں نہیں موجود ہوتا، یا صرف ایک ترمیم شدہ شکل میں موجود ہوتا ہے۔ اسے ظاہر کرنے کے لئے مریض کو بیٹھا یا لیٹا ہوا ہونا چاہیئے۔ گھٹنے کے نیچے بایاں ہاتھ رکھ کر ٹانگ اٹھالی جاتی ہے جس سے گھٹنا خفیف سا خمیدہ ہوتا ہے، اور پا انگلیوں کو دائیں ہاتھ میں مضبوط پکڑ کر پاؤں کو تیزی کے ساتھ گھٹنے کی سمت میں خمیدہ کیا جاتا ہے۔ پنڈلی کے عضلات فی الفور منقبض ہوتے ہیں، لیکن چونکہ پاؤں پر دباؤ بدستور قایم رکھا جاتا ہے، لہٰذا وہ ڈھیلے پڑ جاتے ہیں۔ پھر منقبض ہوتے ہیں، اور اس طرح ایک تقریباً غیر معین زمانے تک تبادلاً منقبض اور ڈھیلے ہوتے رہتے ہیں، اور نام نہاد رجفہ (clonus) بناتے ہیں۔ یہ انقباضات فی ثانیہ تقریباً سات کی شرح سے واقع ہوتے ہیں۔ اس مظہر کی ترمیم جو تندرستی میں واقع ہوتی ہے، تیز تبادل حرکات کا سلسلہ ہے جو اس وقت جب کہ بیٹھی ہوئی وضع میں پاؤں زمین پر صرف انگلیوں کے بل پر ہی رکھا ہوا ہو، مسلسل اور بلاکوشش کے جاری رکھا جا سکتا ہے۔

رکبی رجفہ (knee clonus) بعض اوقات یا تو اس وقت حاصل ہو سکتا ہے۔

جب رکبی جھٹکا حاصل کرنے کے لئے قرع کیا جائے، یا اس وقت جب کہ ٹانگ ایک کوچ پر ربط شدہ ہو اور رضفہ کو نیچے قضیبہ کی طرف دھکیلا جائے۔

630 ہرمی افزار کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ عمیق معکوسے مبالغہ آمیز ہوتے ہیں اور کبھی رجفہ پایا جاتا ہے، اور ساتھ ہی شکمی معکوسے غیر موجود ہوتے ہیں اور بابنسکی علامت پائی جاتی ہے۔

عضلات، محیطی اعصاب، اگلی اور پچھلی جڑوں، یا اگلے قرن کے خلیات کے مرض سے وتری جھٹکوں کا نقصان واقع ہو جاتا ہے۔

وتری جھٹکوں کے کمی تغیرات اس وقت کار آمد ثابت ہوتے ہیں جبکہ اُن کی شدت یا قوت میں نمایاں فرق موجود ہو، مثلاً رکبی جھٹکوں اور کعبی جھٹکوں کے درمیان، یا جسم کی دونوں جانبوں پر کی حاصل شدہ جنبشوں کے درمیان۔ لیکن عام طور پر عمیق معکوسوں کی حالت متعدد حالتوں سے متاثر ہو سکتی ہے مثلاً جذباتی ہیجان، تکان، تپش اور تسمم سے۔

۷۔ عضلات عاصرہ پر اقتدار

(sphincter control)

مثانہ۔ صریح احتباس بول یا سلس البول (incontinence of urine) کے علاوہ مریض سے اس امر کے متعلق سوال کرنا چاہیئے کہ آیا تبول شروع کرنے میں دقت، یا ایکبار پیشاب کرنے کی ضرورت کا احساس ہونے پر اس میں تاخیر کرنے کی ناقابلیت کے علاماتِ تشقیق و تبول معجل = (precipitate micturition) کی سرگذشت تو نہیں ہے۔

معاء مستقیم۔ اِس حصے کو ماؤف کرنے والے شلل کے ابتدائی علامات یہ ہوتے ہیں:۔ قبض، یا زیادہ صحیح الفاظ میں عسر تبرز (dyschezia) (ملاحظہ ہو صفحہ 357)، اور جب مسہلات استعمال کیے جائیں تو دستوں کو روکنے میں دقت، اور کبھی کبھی پاخانہ خطا ہو جانا۔

۸۔ تغیراتِ پرورشی

عصبی نظام کے بعض امراض میں بافتوں کا تغذیہ بنہایت متاثر ہوجاتا ہے مگر جداگانہ پرورشی اعصاب یا عصبیوں کا کوئی ثبوت موجود نہیں۔ نہایت نمایاں اثرات عصبی تنوں اور ان کے مرکزوں کے اضرار میں دیکھے جاتے ہیں، یعنی اُن اضرار میں جو حرکی اور حسّی اسفل عصبیوں کو متضرر کر دیتے ہیں۔ مثلاً اگلے قرن کے اضرار (حاد التہاب رماد النخاع = acute poliomyelitis) یا اعصاب کے اضرار (تضرر، عصبی التہاب) کے ساتھ عضلات کا نمایاں ہزال ہوتا ہے، جو دماغ یا نخاع کے اُن اضرار میں جو صرف اعلیٰ عصبیوں کو ماؤف کرتے ہیں، نہیں موجود ہوتا۔ عضلات کا ہزال پہلے اُن کے ڈھیلے پن سے، اور بعد میں ان کی جسامت کی حقیقی تخفیف سے ظاہر ہوتا ہے۔ اس کی مقدار کا اندازہ پیمائش کے ذریعہ سے کیا جاسکتا ہے، لیکن یاد رکھنا چاہئے کہ تحت الجلد شحم ہزال کو جہاں تک کہ حجم کا تعلق ہے بالکل چھپا سکتی ہے۔ عضلات کے علاوہ دوسرے اجزا بھی اکثر ماؤف ہوجاتے ہیں۔ بعض مزمن اصابتوں میں جلد پتلی، سُرخ اور چمکدار ہوجاتی ہے (پیجیٹ کی "چمکدار جلد" = "glossy skin" of Paget)۔ اس پر احمراری، آبلہ دار، اور حویصلی ثورانات (مثلاً نملہ نطاقی = zona) اور بیسا، داحس (whitlow) اور جلدی تقرح واقع ہوسکتے ہیں۔ زیر جلدی بافت کے ہزال کے باعث انگلیوں کے ناخن بھٹھرے ہوئے ہوتے ہیں۔ بالوں اور ناخنوں کی بالیدگی سست پڑجاتی ہے، اور ناخن بھربھرے ہوجاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ہڈیوں کے تغذیہ میں کمی آجائے اور وہ بھربھری ہوجائیں یا بآسانی ٹوٹ جائیں۔ اگر شلل اوائل عمر ہی میں واقع ہوجائے تو ممکن ہے کہ سارے جارحہ کی بالیدگی سست پڑجائے جس سے وہ بالآخر اپنے رفیق کے مقابلہ میں ½ ۱ تا ۲ انچ چھوٹا ہوجاتا ہے۔ حاد اصابتوں میں جلد کی تپش بلند ہوجاتی ہے، عروق متسع ہوجاتے ہیں، حویصلات یا چھالے بن جاتے ہیں، اور خفیف ترین خراش یا دباؤ سے قروح الفراش (bed-sores) پیدا ہوجاتے ہیں۔

۹۔ وضع اور چال

اگر مریض صاحب فراش نہیں ہے، تو اسے اپنے معمولی طریقے سے کمرے میں ادھر ادھر چلانا چاہیئے، اور اگر اس کی نقل و حرکت اور چال میں کوئی مخصوص امر نظر آئے تو اُسے نوٹ کرنا چاہیئے۔ مختلف اضرار کے ممیّز تغیرات دوسرے عنوانوں کے تحت بیان کئے گئے ہیں۔

یہاں یہ ذہن نشین رکھنا چاہیئے کہ کالبدی تشوہات اور امراض مفاصل کا لحاظ کرنا ضروری ہے، اور مزید برآں یہ کہ عضلات کے بعض گروہوں (مثلاً کاذہ اور رالوی عضلات) کی کمزوری نہ صرف چال کی غیر طبعی حالتیں پیدا کر سکتی ہے، بلکہ اس کی وجہ سے مریض بعض ایسے اوضاع اختیار کر لیتا ہے جن کا مقصد مرکز جاذبہ کو مناسب مقام پر قایم رکھنا ہے۔

۱۰۔ دماغی نخاعی سیال

حالت مرض میں دماغی نخاعی سیال کے امتحان سے اکثر ایسے معلومات حاصل
ہوتے ہیں جو تشخیص کے لئے نہایت مفید ہوتے ہیں۔ یہ سیال، جیسا کہ قطنی
کچوکے سے حاصل ہوتا ہے، طبعی حالت میں صاف اور بے رنگ ہوتا ہے، اور 631
اس میں شکر کی خفیف سی مقدار موجود ہوتی ہے جو محلولِ فہلنگ کی ترجیع کے لیے
کافی ہوتی ہے۔

دباؤ۔ اس سیال کے دباؤ کی زیادتی سحایا میں حاد التہابی تغیرات کے باعث ہو سکتی ہے، کہ جن میں زیر عنکبوتی فضا کے اندر رشحات خارج ہوتے ہیں، یا دروں جمجی دباؤ کی زیادتی کے باعث ہو سکتی ہے، جیسے کہ دماغی سلعہ کی اصابتوں میں۔ دروں جمجی دباؤ کے اختلافات طبعی حالات میں نخاع کو گھیرنے والے سیال کے ذریعہ قطنی کچوکے کے محل وقوع تک منتقل ہو جاتے ہیں، اور اگر کچوکے کی سوئی سے ایک فشار پیما (manometer) لگا دیا جائے تو یہ اختلافات ناپے جا سکتے ہیں۔ طبعی دباؤ جب کہ مریض لیٹی ہوئی وضع میں ہو،

۶۰ سے لے کر ۱۵۰ ملی میٹر پانی تک اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ ۲۰۰ ملی میٹر سے اوپر کا دباؤ، دروں جمجمی دباؤ کی امراضیاتی زیادتی ظاہر کرتا ہے۔ ایک طبعی شخص میں وداجی وریدوں کو انگلی سے دبانے سے دماغی نخاعی سیال کے دباؤ میں ایک فوری زیادتی پیدا ہو جاتی ہے۔ ایسی زیادتی کا فقدان نخاعی زیر عنکبوتی فضا کے تسدّد پر دلالت کرتا ہے، اور بعض اوقات یہ رسولی یا التہاب سے نخاع کے انضغاط کے ثبوت میں ایک کار آمد نکتہ ہوتا ہے۔

خون۔ امتحان کے لیے لیئے ہوئے نخاعی سیّال میں کا خون کسی ورید سے آسکتا ہے، جو ممکن ہے کہ قطنی کچوکہ دیتے وقت اتفاقاً زخمی ہوگئی ہو۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ وہ زیر عنکبوتی فضا کے اندر نزف کی دلالت ہو۔ ایک مفید امتیازی نکتہ یہ ہے کہ اگر اتفاقی منبع سے حاصل شدہ خون کو رکھا رہنے دیا جائے تو وہ امتحانی نلی کے اندر منجمد ہو جائے گا اور اس کی سطح سے اوپر کا سیّال بے رنگ رہ جائے گا۔ سابق الوجود زیر عنکبوتی انصباب کی حالت میں غالباً نزف کے مقام پر پہلے ہی سے انجماد خون واقع ہو چکا ہوگا، اور کسی قدر دم پاشیدگی بھی واقع ہو چکی ہوگی۔ اگر خون آلود سیّال کو رکھا رہنے دیا جائے تو سُرخ خلیے نلی میں تہ نشین ہو جاتے ہیں بغیر اس کے کہ خون کا تھکا بنے، اور ان کے اوپر کا سیّال تبدیل شدہ خون کے لون کی موجودگی کے باعث زرد یا بھورے رنگ کا ہو جاتا ہے۔

جرثومیات۔ حاد سرایت رساں التہاب سحایا (acute infective meningitis) کی اصابتوں میں تسبیبی عضویہ اکثر آلودوں میں دیکھا جا سکتا ہے، اور تقریباً ہمیشہ کاشتوں سے اگایا جا سکتا ہے۔ جب تدرنی التہاب سحایا کا شبہ ہو تو عصیّہ کی جستجو کرنی چاہئے جو اکثر مل جاتا ہے، یا سیّال کا اشراب ایک گینی پگ (ارنب مصری) میں کیا جا سکتا ہے۔

خلوی مافیہہ۔ فی مکعب ملی میٹر خلیوں کی تعداد کا جاننا نہایت ضروری ہے۔ طبعی قدر ۳ سے کم ہوتی ہے۔ اس عدد سے اوپر کوئی زیادتی ہو تو اُسے امراضیاتی سمجھنا چاہیئے، اور یہ عموماً سحایا میں حاد یا مزمن التہابی تغیّرات واقع ہونے کا

ثبوت ہوتا ہے۔

حاد التہاب سحایا کی ان اصابتوں میں جو نبقہ سحائیہ (meningococcus)، نبقہ ریئویہ (pneumococcus)، نبقہ سبحیہ (streptococcus) وغیرہ کے باعث ہوں، یہ زیادتی کثیر الاشکال نواتی سپید خلیوں میں ہوتی ہے، جو اکثر اس قدر کافی کثیر التعداد ہوتے ہیں کہ سیّال میں تکدر پیدا ہو جاتا ہے۔

تدرنی التہاب سحایا میں خلیوں کی غالب تعداد لمفی خلیوں کی ہوتی ہے، جو بالعموم بڑی تعداد میں ہوتے ہیں۔

حاد التہاب رماد النخاع (acute poliomyelitis) میں علالت کے پہلے ہفتہ میں لمفی خلیوں کی تعداد میں زیادتی ہو کر وہ فی مکعب ملی میٹر ۵۰ تا ۱۰۰ ہو جاتے ہیں، اور سباتی التہاب دماغ (encephalitis lethargica) میں بھی بظاہر ایسی ہی زیادتی ان اصابتوں کی اکثریت میں واقع ہو جاتی ہے۔

دماغی نخاعی آتشک (cerebro-spinal syphilis) کی مختلف شکلوں میں لمفی خلیوں کی تعداد میں تقریباً ہمیشہ زیادتی پائی جاتی ہے، جس کی حوالی طبعی اعداد سے ذرا ہی اوپر سے لے کر ۲۰۰ یا ۳۰۰ فی مکعب ملی میٹر تک ہو سکتی ہے، اور اس تعداد کا انحصار اس امر پر ہوتا ہے کہ مرض کی فعالیت کا کونسا مرحلہ ہے اور سحایا کس درجہ تک ماؤف ہیں۔

لمفی خلیوں کی زیادتی کبھی کبھی دماغ یا نخاع کی رسولی کے ہمراہ پائی جاتی ہے۔

پروٹینی مافیہہ۔ کمیّ پیمانہ پر اس کی سرسری تخمین اس طرح کی جا سکتی ہے کہ ۲ سی۔ سی دماغی نخاعی سیّال کو ۳ فیصدی ٹرائی کلورا لیسیٹک ایسڈ (trichloracetic acid) کے ۰٫۳ سی سی کے ساتھ جوش دے کر البیومن کی ترسیب کر لی جائے، اور رسوبہ کی کثافت کا مقابلہ ایسی معیاری نلیوں کی کثافت کے ساتھ کیا جائے جن میں اسی طریقے سے ترسیب کردہ البیومن کی معلوم فیصدی مقداریں موجود ہوں۔ طبعی مافیہہ ۰٫۰۲۵ ہوتا ہے۔ یہ حاد سرایت رساں التہاب سحایا کے مریضوں سے نکالے ہوئے سیّال میں موٹا تقریباً

۴۰ ر فیصدی تک بڑھ جاتا ہے اور بعض اوقات اس سے بھی زیادہ ہوتا ہے۔
دماغی نخاعی آتشک میں تقریباً ہمیشہ ایک زیادتی ہو جاتی ہے، اگرچہ بالعموم اس کا
عدد ۰۱ر فیصدی سے زاید نہیں ہوتا۔ دوسرے بیان کردہ امراض میں بھی، 632
جن میں بلند خلوی شمار پائے گئے ہیں، ایک معتدل زیادتی موجود ہوتی ہے پروٹینی
مافیہا کی زیادتی دماغی سلو کی بعض اصابتوں اور التہاب اعصاب عدیدہ میں بھی پائی جاتی ہے
لیکن پروٹین کی بلند ترین مقداریں ضغطِ نخاع (compression of the
spinal cord) میں پائی جاتی ہیں۔ اگر کسی سبب سے زیرعنکبوتی فضا کامل
طور پر مسدود ہو جائے ایک ایسے لیول پر جو قطنی کچوکہ دینے کے لیول سے اوپر ہو،
تو نیچے والے علیحدہ شدہ تاچہ سے حاصل کردہ سیال میں بعض معین خصائص موجود
ہوتے ہیں۔ وہ صاف ہوتا ہے اور اس کا رنگ سنہری زرد ہوتا ہے، اس میں البیومین کی زیادتی بہ افراط ہوتی ہے
(۴ فیصدی تک) اور فائبرین کی بھی، چنانچہ اس میں خودبخود کلی تردیب واقع ہو جاتی
ہے۔ اسے علائمیۂ فرواں (Froin's syndrome) کہتے ہیں۔ علائمیہ
فرواں کے ظہور سے پہلے یا اس کے تعقب میں ایک درجہ کے طور پر البیومن کی
سادہ زیادتی پائی جاتی ہے، جو مقدار میں اس سے زیادہ ہوتی ہے کہ جتنی دوسری
حالتوں میں، اور جس کے ساتھ سنہری رنگ یا فائبرین موجود نہیں ہوتی۔
زیرعنکبوتی فضا کا انسداد اسباب ذیل کی وجہ سے واقع ہو سکتا ہے:۔
فقرات کا مرض (بوسیدگی یا بالیدگی)۔ سحایا کے فائبرہتی یا التہابی انضمامات، مثلاً وہ جو
حاد التہاب سحایا کے بعد یا آتشک میں پیدا ہو جاتے ہیں۔ رسولی کی بالیدگی، جو
سحایا میں سے کسی ایک جھلی سے یا نخاع کے اندر ہو جائے۔ انسداد کے
لیول کے اوپر سے حاصل کردہ دماغی نخاعی سیال ہر اصابت میں نسبتاً طبعی
نظر آتا ہے اور اس کا البیومینی مافیہ بھی نسبتاً طبعی ہوتا ہے۔ جانوروں میں
پیرافین ویکس (paraffin wax) کے زیرجافی اشرابات (subdural injections)
کے ذریعہ نخاع کا مصنوعی انضغاط واقع کر کے علائمیۂ فرواں تجربی طور پر پیدا
کیا جا سکتا ہے۔
علائمیہ فرواں میں خلوی شمار سبب ضاغط کی امراضیاتی نوعیت پر

منحصر ہوتا ہے، چنانچہ یہ آتشک کی حالت میں بلند اور دوسری تمام حالتوں میں پست ہوتا ہے۔

کلورائڈز (chlorides)- طبعی دماغی نخاعی سیّال میں کلورائڈز کی فیصدی مقدار مستحکم طور پر ۷۲۰ ، اور ۷۶۰ ، فیصدی (NaCl) کے درمیان ہوتی ہے۔ یہ حاد عمومی سرایتوں میں کسی قدر کم ہو سکتی ہے، لیکن بالعموم ۶۸۰ ، فیصدی سے نیچے کا عدد التہاب سحایا ظاہر کرتا ہے۔ پست ترین فیصدی مقداریں تدرنی التہابِ سحایا میں پائی جاتی ہیں، جس میں ۶۰۰ ، فیصدی یا اس سے کم کا عدد عام ہوتا ہے۔ لہٰذا یہ نکتہ تفریقی تشخیص میں بہت بڑی اہمیت رکھتا ہے۔ کلورائڈز کی تخمین، معیاری سِلوَر نائٹریٹ (standard silver nitrate) کے ساتھ مخایرت کر کے کی جاتی ہے، اور پوٹاسیئم کرومیٹ بطور مظہار استعمال کیا جاتا ہے۔ اس امتحان کے لیے دو مکعب سینٹی میٹر دماغی نخاعی سیّال کی ضرورت ہوتی ہے۔

تعامل واسرمان - یہ عتاہت شللی (dementia paralytica) کی ہر اصابت میں ابتدائی درجہ ہی میں، اور فعال ہزال نخاع کے مریضوں کی اکثریت میں دماغی نخاعی سیّال کے اندر مثبت ہوتا ہے۔ جہاں تک کہ سحائی عروقی آتشک (meningo-vascular syphilis) کی سریری شہادت ظاہر کرنے والی اصابتوں کا تعلق ہے، ان اصابتوں میں جن میں نخاع ماؤف ہے اکثر میں یہ تعامل مثبت ہوتا ہے، لیکن جب مرض دماغ میں محدود ہو تو چنداں مستمر طور پر نہیں ظاہر ہوتا۔

کولائڈی تعاملات - یہ پایا گیا ہے کہ بعض امراض میں دماغی نخاعی سیّال کے اندر ایسی اشیاء (غالباً غریب پروٹینز) موجود رہتی ہیں، کہ اگر ان کو ایک کولائڈی تعلیق میں آمیز کر دیا جائے تو وہ ترسیب پیدا کر دیتی ہیں۔ لانگے (Lange) نے گولڈ کلورائڈ کی تعلیق سے کام لے کر تفریقی تشخیص میں مدد حاصل کرنے کے لیے سب سے پہلے اس علم کا اطلاق کیا، اور کولائڈی گولڈ والا کاشفہ جواب عام طور پر مستعمل ہے، اسی شخص کے نام سے منسوب ہے۔ پایا گیا ہے کہ درآنحالیکہ طبعی سیّالات

میں ترسیب نہیں ہوتی، دماغ یا نخاع کے آتشکی مرض میں کچھ درجہ کی ترسیب تقریباً ہمیشہ واقع ہوا کرتی ہے۔ یہ کاشفہ اس طرح کیا جاتا ہے کہ ۰۹، سی سی طبعی ملح میں ۱۰، سی سی نخاعی سیال شامل کر کے اس سے یکے بعد دیگرے ۲۰ میں ۱، ۴۰ میں ۱، اور اسی طرح اور زیادہ کمزور ترقیقوں کا ایک سلسلہ بارہ نلیوں کا تیار کر لیا جاتا ہے۔ ان میں سے ہر نلی میں ۵، ۲ سی سی کولائڈل گولڈ شامل کر دیا جاتا ہے۔ اس کاشفہ کے نتائج یا تو ایک ترسیم کی صورت میں یا اعداد میں ظاہر کئے جاتے ہیں جس میں کامل ترسیب کو ۵ مان لیا جاتا ہے اور عدم ترسیب کو صفر (۰)۔ عمومی شلل مجانین (general paralysis of the insane) (آتشکی التہاب دماغ = syphilitic encephalitis) میں اعظم ترسیب اس سلسلہ کی پہلی نلیوں میں ہوتی ہے، اور ایک تمثیلی نتیجہ کا مقروہ ۵۵۵۵۵۴۴۳۲۱ ہوگا۔ یہ استرخائی تعامل ("paretic" reaction) کے نام سے مشہور ہے۔ عصبی آتشک کی دوسری شکلوں میں یہ رجحان ہوتا ہے کہ اعظم ترسیب اس سلسلہ کے وسطی منطقہ میں ہو۔ ۱۲۳۴۴۵۵۴۳ اسں قسم کے نتیجہ کو "آتشکی" ("luetic") کہتے ہیں یہ بھی پایا گیا ہے کہ ایک غیر طبعی ذہبی منحنی صلابت منتشرہ (disseminated sclerosis) کی بہت سی اصابتوں میں واقع ہو سکتا ہے۔ یہاں بھی یہ ہے کہ اگر اسے دوسرے کاشفات کے ساتھ ساتھ لیا جائے تو وہ کسی قدر تشخیصی منفعت رکھتا ہے۔ ایک غیر طبعی منحنی جو شبت واسرمان کے ساتھ ہو، آتشک کا ثبوت ہے۔ اگر ایک منفی واسرمان کے ساتھ پایا جائے تو یہ بذاتہٖ صلابت منتشرہ کی طرف اشارہ کرتا ہے۔

ایک ایسا دماغی نخاعی سیال جس میں پروٹین کی افراط ہو، خواہ کسی سبب سے ہو، غیر طبعی کولائڈی منحنی دے سکتا ہے۔

633

683

امراضِ اعصاب

جمجمی اور محیطی اعصاب کے اضرار بعض امور میں مرکزی عصبی نظام کے اضرار سے مختلف ہوتے ہیں، بالخصوص اس امر میں کہ ان میں کس درجہ کی شفایابی ایک ضرر کے بعد واقع ہو سکتی ہے جو تشریحی اور فعلیاتی لحاظ سے کامل ہو۔ اس کا انحصار بلاشبہ اس امر پر ہوتا ہے کہ سارے محیطی عصبی نظام میں (کہ جس میں جمجمی اعصاب بھی شامل ہیں) ایک عصبی غلاف موجود ہوتا ہے جو عصب کے عرضی قطع کے بعد بھی اسکے مرکزی کٹے ہوئے سرے کے نیچے کے طرف بڑھ آنے سے اس کی کامل بازپیدائش کا امکان پیدا کرتا ہے نیز چونکہ جمجمی اور محیطی اعصاب متقابلتہً غیر عروقی ساختیں ہیں، لہذا وہ دباؤ (مثلاً مرض التہاب یا نوبالید کے دباؤ) کے اثرات کی اس سے زیادہ مدافعت کرتی ہیں کہ جتنا دماغ اور نخاع کی بافتیں۔

اگرچہ التہاب العصب (neuritis) کی اصطلاح سے دراصل التہاب مراد ہے، لیکن سریری مفہوم میں اس کا استعمال بہت وسیع طور پر کیا جاتا ہے، ایسی علامات بیان کرنے کے لئے جو محیطی اعصاب اور عصبی جڑوں کے ہمہ اقسام کے امراض سے پیدا ہوتی ہیں، جن میں ایسے مختلف اسباب بھی شامل ہیں جیسے کہ سرایت، تسمم اور ضربہ۔

ان میں سے ضربہ (جو خواہ ایک ہی شدید چوٹ سے ہو یا متواتر چھوٹے تضررات سے یا کھنچاؤ سے) ایک مقامی اثر پیدا کرے گا، اور یہ عصبی غلاف کی مضرت رسیدگی اور عصبی ریشوں کی کم و بیش مضرت رسیدگی ہوگی۔ عصبی ریشے کا مقامی تضرر جو اتنا نہ ہو کہ اس کو تلف کر دے، وظیفہ کا ایک عارضی اختلال یا نقصان پیدا کر دیتا ہے جس کے بعد شفا جلد ہو جاتی ہے۔ اس کے برعکس، مقامی اتلاف ریشہ ثانوی انحطاط نازل (secondary descending degeneration) پیدا کر دیتا ہے، جس کے بعد نئے ریشے اوپر سے نیچے کے طرف بڑھ آتے ہیں اور اس عمل کے لئے لازماً ایک طویل عرصہ درکار ہوتا ہے، جس کی مدت اس فاصلے کے

لحاظ سے مختلف ہوتی ہے کہ جو نئے ریشوں کو تضرر کے مقام سے محیط تک طے کرنا ہے۔

دوسرے حصوں کی نو بالیدیں اکثر اوقات اپنے قرب وجوار کے اعصاب کا انضغاط پیدا کر دیتی ہیں، اور بعض اوقات ان میں دررِیزش کرتی ہیں، اور علاوہ ازیں بعض سلعات ایسے بھی ہیں جو خود اعصاب میں سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ ان میں سب سے زیادہ عام اور سب سے زیادہ اہم عصبی لیفی سلعہ (neurofibroma) ہے، جو جمی یا محیطی اعصاب کے غلاف سے اُگ سکتا ہے چنانچہ عصب سمی ایسے سلعہ کا ایک پسندیدہ مقام ہے۔ اکثر اوقات یہ سلعات متعدد، اور واَن ریک لنگہاوسین کے مرض (von Recklinghausen's disease) (ملاحظہ ہو صفحہ 980) کے ساتھ وابستہ ہوتے ہیں۔ ضفیرہ شکل عصبی سلعات (plexiform neuromas) اسی امراضیاتی قسم کے ہوتے ہیں جس قسم کے عصبی لیفی سلعات، لیکن نسبتہً نرم اور زیادہ منتشر ہوتے ہیں۔ وہ عموماً جسم کے ایک ہی رقبے میں محدود ہو کر وہاں گتھواں احبال کا ایک گرگی تودہ بنا دیتے ہیں۔ عصبی غلافوں سے پیدا ہونے والے خبیث سلعات عموماً لحمی سلعات (sarcomas) ہوتے ہیں، جو تکلہ نما خلیات والے یا گول خلیات والے ہوتے ہیں۔

عصب کی مقامی سرایت زدگی متصلہ ساختوں (ہڈی، عضلہ، رداء، وغیرہ) کا التہاب براہ راست پھیل جانے سے پیدا ہو سکتی ہے۔

مقامی مضرت رسیدگی کی ایسی مثالوں میں عصب اپنی پوری دبازت میں ماؤف ہو جاتا ہے، اور چونکہ اس تضرر کا بوجھ زیادہ تر ان اتصالی بافت کے عناصر کو ہی اٹھانا پڑتا ہے کہ جو عصبی غلاف بناتے ہیں، لہٰذا اس عمل کو بعض اوقات دخنکی التہاب عصب (interstitial neuritis) کہتے ہیں، تاکہ اس کو ان اصابتوں سے تمیز کیا جا سکے جن میں عصبی ریشک کسی انتخابی سم سے براہ راست متضرر ہو گئے ہوں۔ اس آخر الذکر قسم کو متنِ نسیجی التہاب عصب (parenchymatous

neuritis) کہتے ہیں۔

جراثیمی یا کیمیائی سموم جو اعصاب پر انتخابی اثر رکھتے ہیں، بالعموم وہاں تک جوڑے خون کے ذریعے منتقل ہوتے ہیں۔ لہذا عموماً ان کی تاثیر منتشر شکل اور اکثر اوقات متعدد ہوتی ہے۔

لیکن بعض اصابتوں میں سرایت رساں ماسکہ سے نکلنے والے جراثیمی سموم گرد عصبی لمفی غلافوں کی راہ سے اوپر سفر طے کرتے ہیں، اور اس نقطہ پر جہاں پچھلی عصبی جڑ نخاع میں داخل ہوتی ہے عصبی عناصر کے اندر داخل ہو جاتے ہیں۔ اس تعلق میں آر (Orr) اور روز (Rows) کی تحقیقات کا بیان پہلے

634 درج ہو چکا ہے، اور اس قیاس کا ثبوت بھی ہے کہ خناق وبائی کا ابتدائی عصبی التہاب اس قسم کے لمف زاد تسمم کی وجہ سے ہوتا ہے۔ کبھی کبھی ہمیں اس کی دوسری مثالیں بھی ملتی ہیں جیسے کہ عصب زندی (ulnar nerve) یا عصب وسطی کا وہ التہاب جو عفونت زدہ انگلی کے بعد نمو یاب ہو جاتا ہے۔

عصبی ریشوں کی مضرت رسیدگی، خواہ وہ تضرر کی وجہ سے ہو یا مرض سے حس، عضلی قوت اور حجم، اور وعاحرکی اقتدار میں اختلال پیدا کر دیتی ہے۔ اسفل حرکی عصبیہ کے تضرر سے ان عضلات میں جن کو اس سے رسد پہنچتی ہے، ہزال، کمزوری اور ڈھیلاپن پیدا ہو جاتا ہے۔ تنش کے نقصان، اور متعلقہ منعکسہ قوسوں کی مضرت رسیدگی کے باعث ماؤف عضلات کے وتری جھٹکے کم یا غائب ہو جاتے ہیں۔ حس کا اختلال پہلے عصب کی حسی توزیع میں ناگوار جھنجھناہٹ (اشتکاک) کی شکل اختیار کرتا ہے اور اس کے بعد عدم حسیت پیدا ہو جاتی ہے۔ ابتدائی درجوں میں عضلات میں اینٹھن جیسے درد بھی ہو سکتے ہیں۔ پرورشی تغیرات اور وعاحرکی تغیرات کے متعلق پہلے تذکرہ کیا گیا ہے۔ عصب کی توزیع میں ان علامات کے علاوہ مقامی مضرت رسیدگی کی حالتوں میں مقام مرض میں درد، الیمیت اور بعض اوقات ورم بھی ہوتا ہے۔ حرکی اعصاب کے شدید اضرار میں برقی تعاملات تبدیل ہو جاتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 627)۔

عصب کے تفرّر سے شفا پاتی میں، یا ایک کٹے ہوئے عصب کے پھر جڑ جانے کے بعد عود وظیفہ کے امارات تین ماہ کے اندر ظاہر ہونے چاہئیں جب حس پذیری واپس آتی ہے تو الپن کی چبھن اور حرارت اور برودت کے انتہائی درجوں کا احساس ہوتا ہے قبل اس کے کہ نرم روئی چھونے کا احساس ہو۔ عموماً جب تک کہ پہلے مشلول حصہ میں قوت واپس نہ آئے برقی تعاملات میں کوئی قطعی اصلاح واقع نہیں ہوتی۔ شدید اضرار میں جن میں عضلہ کا وسیع ذبول ہو انفعالی انحطاط (R.D.) کچھ عرصہ تک باقی رہتا ہے، لیکن چند ہفتوں کے بعد گیلوانیت کے لئے عضلہ کی خراش پذیری بھی گھٹ جاتی، اور بالآخر بالکل ناپید ہو جاتی ہے۔

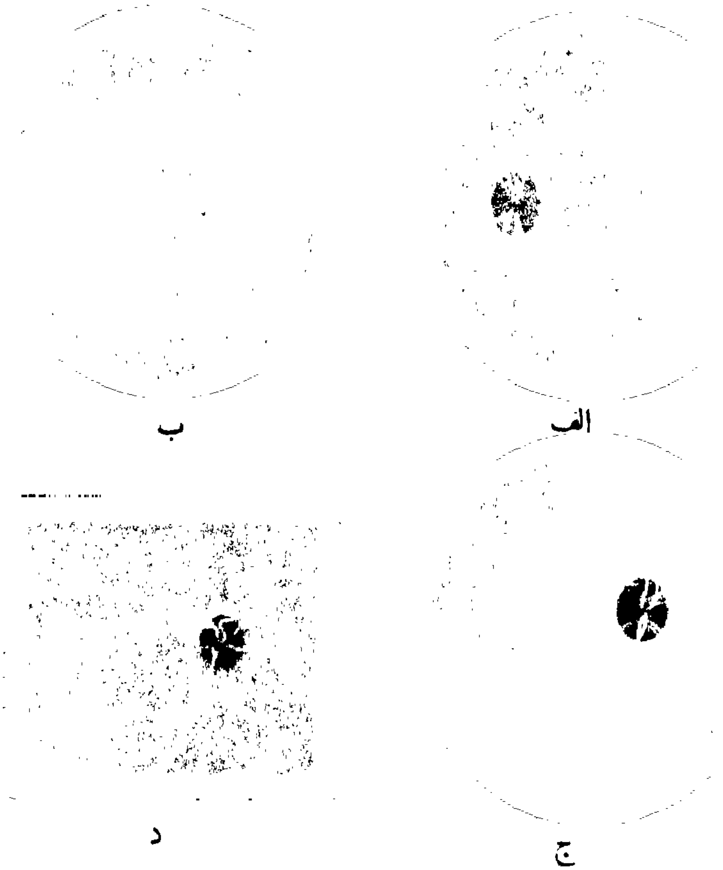
عصب شامّہ

(olfactory nerve)

حس شامّہ کی کمی یا فقدان (عدم الشامہ =anosmia) انفی غشائے مخاطی کی حالت کے تغیرات سے ہوتا ہے، مثلاً شدید خشکی، یا زکام سے، اور کھوپری کے قاعدے کے ان عوارض میں ہوتا ہے جو شمّی بصلات کو ماؤف کر دیں، مثلاً تضرر، رسولیاں، ہڈی کی بوسیدگی، اور التہاب سحایا۔ بعض اوقات یہ ہزال نخاع میں واقع ہو جاتا ہے، اور ہسٹریا میں ہسٹریائی نصفی عدم حسیت (hemi-anaesthesia) کے جزو کے طور پر غیر عام نہیں۔ یہ یاد رکھنا چاہئے کہ شامّہ کے فقدان سے لذیذ خوشبوئیں شناخت کرنے کی قوت متاثر ہوتی ہے جس کے لئے دراصل حس ذائقہ اور پچھلے انفی فتحوں کی راہ سے حس شامّہ دونوں کے مجموعی فعل کی ضرورت ہوتی ہے۔

شامّہ کے مرضی موضوعی احساسات مجانین میں واقع ہوتے ہیں، اور بعض اوقات صرع میں نسمہ کے طور پر۔

اگر ممکن ہو تو ان نقائص کے اوّلی مسبّب کا علاج کرنا چاہئے۔



تجیمن تصویریں۔ الف۔ طبعی بصری قرص اور شبکیہ۔ ب ازدیاد حلیمہ ج۔ اولی ذبول عصب بصری۔ د۔ ثانوی ذبول عصب بصری ج اور د میں ذبول کے فرق خاص طور پر نوٹ کریں (یہ تصاویر تھیوڈور ہیمبلن لمیٹڈ
Theodore Hamblin, Ltd.: نے کمپنی میں)

(بمقابل صفحہ 634)

عصب بصری

(optic neuritis)

اس عصب سے تعلق رکھنے والے تشریحی اہمیت کے خاص نکات اور اس عصب کے وظائف کی تحقیقات کے طریقے پہلے بیان ہو چکے ہیں (صفحات 612 اور 621 تصویر ۱۷)۔

عصب بصری کے عوارض۔ آلۂ چشم بین کی مدد سے التہاب عصب بصری (optic neuritis) اور اذیمائے حلیمہ (papillœdema) کے درمیان فرق کرنا ہمیشہ ممکن نہیں ہوتا، لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ یہ دو حالتیں باوجود ایک دوسری سے مشابہ ہونے کے، بالکل مختلف امراضیاتی اعمال کا نتیجہ ہوتی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ ۵۰)۔

اذیمائے حلیمہ (papillœdema) کی اصطلاح عصب کے سر (یا حلیمہ) کے ورم کو ظاہر کرنے کے لئے استعمال کی جاتی ہے، جو ایسے میکانی حالات سے پیدا ہوتا ہے جو دروں جمجمی فشار کی زیادتی سے پیدا ہوتے ہیں، خواہ وہ کسی سبب سے بھی ہو۔ یہ بڑھا ہوا دباؤ زیر عنکبوتی فضائیں کے دماغی نخاعی سیال کے راستہ سے اعصاب بصری کے غلافوں تک منتقل ہو جاتا ہے، جہاں وہ وریدوں کا انضغاط پیدا کر دیتا ہے، اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ سب سے کم مزاحمت کے نقطہ پر (جو عصبی سر ہوتا ہے) عروقی دیواروں سے عبور ارتشاح ہوتا ہے۔ یہی عوامل ان راستوں میں روک پیدا کر دیتے ہیں جن کی راہ سے یہ عبور رشحہ قدرتی طور پر جذب ہو سکتا تھا۔ چنانچہ یہ حالت ترقی کرتی جاتی ہے اور ممکن ہے کہ اذیمائے حلیمہ یہاں تک بڑھے کہ عصبی سر کا بلند ترین نقطہ عام شبکیہ کے آگے ۲ یا ۳ ملی میٹر باہر نکلا ہوا ہو۔

635 **التہاب عصب بصری** (optic neuritis)، جیسا کہ اس اصطلاح کے مفہوم سے ظاہر ہے، عصب کی ایک التہابی حالت ہے، جو مختلف سرایت رساں یا سمی حالات سے پیدا ہو سکتی ہے۔ یہ ایک متقابلۃً غیر عام حالت ہے۔ ممکن ہے کہ اس میں عصبی سر ماؤف ہو یا نہ ہو۔ جب عصبی سر ماؤف ہوتا ہے تو چشم بین سے

امتحان کرنے پر ہو بہو وہی منظر نظر آتا ہے جو اُذیمائے حلیمہ میں دیکھنے میں آتا ہے، لہٰذا اُسے دراصل التہاب حلیمہ (papillitis) کہنا چاہئے۔ اگر عصبی سر ماؤف نہ ہو تو اس حالت کو خلف المقلہ التہاب عصب (retrobulbar neuritis) کہتے ہیں، اور اس میں کوئی ایسے تغیرات نہیں پیدا ہوتے جو چشم بین سے قابل شناخت ہوں، اگرچہ یہ ممکن ہے کہ کچھ عرصہ بعد، اس وقت جب کہ عصبی ریشوں کا انحطاط پھیل جاتا ہے اور اس کی جگہ لیفی بافت لے لیتی ہے ذبول عصب بصری کی وجہ سے شحوب نظر آئے۔

اُذیمائے حلیمہ کے اسباب وہ ہیں جو دروں جمجمی تناؤ کو زیادہ کر دیتے ہیں، جن میں دماغی سلعہ عام ترین ہے۔ التہاب حلیمہ کے اسباب بہت تھوڑے ہیں۔ یہ کلوی مرض میں، نیز صلابت منتشر (disseminated sclerosis) میں جب کہ مرض کی ایک پلیتی عصبی سر کو متاثر کرتی ہے، اور شاذ طور پر دوسری ساری یا سمی حالتوں میں مل سکتا ہے۔ خلف المقلہ التہاب العصب (retrobulbar neuritis) کا عام سبب منتشر صلابت ہے۔ میتھل الکحل (methyl alcohol) کا تسمم یا ایتھل الکحل (ethyl alcohol) اور نکوٹین کا مخلوط تسمم گاہے گاہے اس کا سبب ہوتا ہے۔

ذبول عصب بصری (optic atrophy)۔ یہ مختلف اعمال کے نتیجہ کے طور پر پیدا ہو سکتا ہے، جن میں سے اہم ترین درج ذیل ہیں:

ا۔ عصبی ریشوں کا وہ انحطاط جو آتشک کی سرایت کے نتیجہ کے طور پر ہو۔ قرص ایک سادی شحوب ظاہر کرتا ہے اور اس کی کوریں صاف کٹی ہوئی ہوتی ہیں۔ یہ اکثر ہزال نخاع اور عتاہت شللی (dementia paralytica) میں دیکھا جاتا ہے۔

۲۔ عصبی ریشوں کا وہ انحطاط جو خلف المقلہ التہاب عصب (retrobulbar neuritis) کے بعد ثانوی طور پر ہو۔ یہ نہایت عام طور پر صلابت منتشر (disseminated sclerosis) میں دیکھا جاتا ہے، جس میں قرص ایک پھیکا سپید شحوب ظاہر کرتا ہے، جو صدغی جانب بہترین طور پر نمایاں ہوتا ہے۔

۳۔ عصبی ریشوں کا وہ انحطاط جو عصب بصری یا خطۂ بصری پر دباؤ پڑنے کا نتیجہ ہو۔ اس حالت میں قرص ایک حیرتناک شحوب ظاہر کرتا ہے، اور اس کی کوریں نہایت صاف کٹی ہوئی ہوتی ہیں۔

۴۔ عصبی ریشوں کا وہ انحطاط جو اذیمائے حُلیمہ یا التہاب حلیمہ کے بعد ثانوی طور پر ہو کہ جس میں رشحہ متعفنی ہو جائے عصب کا سَر ہلکا سپید ہوتا ہے لیکن اب بھی ممکن ہے کہ کچھ ورم ظاہر کرے۔ اس کی کوریں غیر واضح ہوتی ہیں، فعلیاتی کاس بھرا ہوا ہوتا ہے، اور عروق کے ممر کے ساتھ ساتھ رشحہ کی سپیدی مائل دھاریاں ہوتی ہیں۔

مندرجۂ بالا میں سے پہلی تین قسموں کے ذبول بصری کو اکثر اولی ذبولِ عصب بصری (primary optic atrophy) کہتے ہیں، تاکہ وہ ثانوی ذبول عصب بصری (secondary optic atrophy) سے متفرق کیا جا سکے، جو قرص بصری کے اس ورم سے پیدا ہوتا ہے جو کہ اذیما یا التہاب کا نتیجہ ہوتا ہے۔ ذبولِ عصب بصری میں بینائی بہت کم ہو جاتی یا جاتی رہتی ہے۔

تیسرے، چوتھے، اور چھٹے اعصاب

شللِ چشم پیدا کر دینے والے اضرار سے مندرجۂ ذیل ماؤف ہو سکتے ہیں:۔

۱۔ اعصاب کے تنے۔ یہاں اضرار یہ ہیں:۔ آتشکی اور نام نہاد ریشتی التہابات اور سمّی التہاب عصب۔ مجری یا دروں جمجمی بالیدوں کا، یا انورساؤں کا دباؤ، اور شاذ طور پر خود اعصاب کے تنوں کی رسولیاں۔ راسبت تضرر۔ التہاب یا تقیح جو درمیانی گوش سے پھیل آئے۔

۲۔ دماغ کے وہ عصبی ریشے جو عصبی تنوں کو نوانوں کے ساتھ ملحق کرتے ہیں۔ ان کو ماؤف کر دینے والے خاص اسباب نزف، لینت، رسولیاں، اور صلابت منتشرہ (disseminated sclerosis) ہیں۔

۳۔ عصبی نواۃ۔ نواتی شلل اسی قسم کے ماسکی اضرار سے پیدا ہو سکتے ہیں جیسے کہ ابھی بیان کئے گئے ہیں، یا یہ خود نواتوں پر بعض سموم کے انتخابی عمل کے سبب سے ہو سکتے ہیں، جیسا کہ ہزال نخاع میں۔ ایک ماسکی ضرر عموماً اولی نواتی مرض سے اس طرح تمیز کیا جا سکتا ہے کہ اول الذکر میں متصلہ ساختیں بھی ماؤف ہو کر رقص متقلہ یا حرکی اور حسی اختلال کے امارات پیدا ہو جاتے ہیں۔ چوتھے عصب

اور چھٹے عصب کی حالت میں تو ممکن ہے کہ نواۃ اور عصبی تنہ کے ضرر کے درمیان فرق کرنا مشکل ہو جائے۔ لیکن تیسرا عصب پتلی اور بالائی جفن اور آنکھ کو گردش دینے والے کئی عضلات کو رسد پہنچاتا ہے۔ اس کے تنے کے ضرر میں یہ تمام افعال ایک ساتھ ہی ماؤف ہو جاتے ہیں، لیکن نواتی ضرر میں ممکن ہے کہ یہ وظائف علیحدہ علیحدہ طور پر ماؤف ہوں۔ مثلاً نواۃ کے اگلے حصے کے ضرر سے ممکن ہے کہ استرخاء الجفن، حدقی شلل (pupillary paralysis) اور حرکات چشم کی اوپر وار حرکت میں فتل پیدا ہو جائے، لیکن اس کے ساتھ دوسرے عضلات کا کوئی عارضہ نہ ہو۔ یاد رکھنا چاہیے کہ محرک العین اعصاب کے مرض کے علاوہ، خطرناک عضلی نہاکت (myasthenia gravis) بھی شلل چشم کا ایک عام سبب ہوتا ہے۔ 636

شلل چشم کا علاج اگر سبب دریافت ہو سکے تو علاج کا انحصار اسی پر ہونا چاہیے۔ آتشکی اصابتوں کا علاج (اور ان کی تعداد بہت زیادہ پائی جاتی ہے) سالورسان (salvarsan) اور پوٹاسیم آیوڈائڈ اور پارہ سے کرنا چاہیے۔ انتہائی نوعیت کی اصابتوں کے لئے خراشن مقابل پیدا کرنے کے لئے کان کے پیچھے ایک آبلہ پیدا کریں یا کنپٹی میں جونکیں لگائی جائیں۔ اگر سردی میں کشف ہونے کے بعد شلل کا ظاہر ہونا معلوم ہوا ہے تو گرم تکمیدات کا استعمال کرنا چاہیے اور داخلی طور پر سیلی سیلیٹس (salicylates) کا استعمال کیا جائے۔ لیکن نام نہاد تشنجی اصابتیں بلا علاج اچھی ہو جانے کا رجحان رکھتی ہیں۔ تخفیف کا ازالہ ایک منشور (prism) کے استعمال سے کیا جا سکتا ہے، اگر منشور کی قوت اتنی زیادہ نہ ہو کہ خیالوں کو متحد کر دے بلکہ صرف اتنی ہو کہ ان کو ایک دوسرے سے قریب تر کر دے تاکہ عضلی کوششوں کی ترغیب ہو۔

عصب پنجم

(fifth nerve)

عصب پنجم کو اس کے ممر کے کسی بھی حصے میں مضرت پہنچ سکتی ہے جس میں اس کا مبدا سلعات یا نزف سے ماؤف ہو سکتا ہے۔ اس کا تنہ قاعدہ دماغ میں سلعات یا التہاب سحایا (meningitis) سے ماؤف ہو سکتا ہے۔ عقدۂ گاسر کے ساتھ اس کی

پہلی قسمت پر اینورزم السلعہ یا التہاب سحایا سے دباؤ پڑنے کا امکان ہوتا ہے، دوسری اور تیسری قسمتیں ایسی بالیدوں سے متضرر ہوسکتی ہیں جو ناک یا بلعوم میں پیدا ہوں۔ دہن اور ناک کے تعضرات دوسری اور تیسری قسمتوں کی مختلف شاخوں کو ماؤف کرسکتے ہیں، اور قرب وجوار کے التہابات سے ان شاخوں کا عصبی التہاب پیدا ہوسکتا ہے۔

علامات۔ ان کا انحصار ضرر کے محل وقوع پر ہوتا ہے۔ اگر حسی ریشے ماؤف ہوتے ہیں، تو اس کا نتیجہ چہرے کی عدم حسیت ہے، جو اس عصب کی توزیع سے متناظر ہوتی ہے۔ نقصان حس سے پہلے اکثر جھنجھناہٹ اور سن پن یا وجع العصبی درد ہوتے ہیں۔ ملتحمات چشم اور انفی اور خدی غشائے مخاطی بھی بلاشبہ اسی طرح ماؤف ہوجاتے ہیں جس طرح کہ جلد۔ اگر عقدہ کی حسی جڑ یا اس کی عینی قسمت ماؤف ہوں تو قرنیتی منعکس جلد ہی زائل ہوجاتا ہے اور جب قرنیتی عدم حسیت مکمل ہو تو اجسام غریبہ کی خراش کی پرواہ نہ کرنے کے باعث التہاب (عصبی شللی التہاب قرنیہ) واقع ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ آنکھ بالآخر ضائع ہوجائے۔ جب تیسری قسمت ماؤف ہو تو دہن ایک جانب پر بے حس ہونے کی وجہ سے اس جانب غذا نہیں چبائی جاتی، اور مضغ کا صاف کن عمل نہ ہونے کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ زبان پر موٹی فر جمع ہوجاتی ہے۔

منطقی غلہ (herpes zoster) بالخصوص پہلی قسمت کے تعلق میں ہوتا ہے (چشمی منطقی غلہ = herpes zoster ophthalmicus) اور معلوم ہوتا ہے کہ وہ عقدۂ گاسر کے التہاب سے پیدا ہوجاتا ہے۔

اگر عصب پنجم کا حرکی حصہ ماؤف ہوجائے جو کہ صرف ان اضرار سے ممکن ہے جو عصب کے مبدا کے قریب واقع ہوں تو صدغی، مضغی اور جنحی عضلات مشلول ہوجاتے ہیں اور کچھ عرصہ کے بعد صدغی اور مضغی عضلات کا ذبول شناخت کیا جاسکتا ہے۔

عقدہ اور جسر کے درمیان حسی جڑ کے اضرار عموماً ترقی پذیر سُن پن اور عدم حسیت پیدا کردیتے ہیں مگر بلا درد کے۔ خود عقدہ اور شاخوں کے اضرار کی حالت میں عدم حسیت سے پہلے یا اس کے ساتھ درد ہوتا ہے۔ دوری ثلاثی توامی وجع العصب (paroxysmal trigeminal neuralgia) کا بیان صفحہ 754 پر درج ہے۔

تشخیص۔ شدید درد کی موجودگی سے کچھ عرصہ تک وجع العصب کی مشابہت

پیدا ہوسکتی ہے، اگر عدم حسیت، سکوت، قرنیہ کا کم یا غیر موجود ہونا، یا ان عضلات کا ہزال جن کو حرکی جڑ سے رسد پہنچتی ہے، یہ سب ایک عضوی مبدا ثابت کرتے ہیں۔ اگر صرف ایک یا دوسری شاخ ماؤف ہے تو ضرر عقدۂ گاسر کے آگے ہوگا۔ اگر سب شاخیں ماؤف ہیں تو ضرر مبدا کے قریب ہوگا۔ جب دوسرے عصبی شلل، مثلاً اعصاب چشم کے یا حرکی خطے کے شلل ساتھ موجود ہوں، تو اس سے بھی ضرر کے مقام کی تعیین میں مدد ملے گی۔

علاج۔ جہاں ممکن ہو سبب مرض کا تدارک کرنا چاہئے اور اس کے علاوہ عقدۂ گاسر یا اس کی شاخوں میں الکحل کا انشراب کرنے سے درد میں افاقہ حاصل ہوسکتا ہے۔

عصب ہفتم یا عصب وجہی 637

(seventh or facial nerve)

عصب ہفتم کی امراضیاتی اہمیت بالخصوص اس کے حرکی ریشوں میں مرکوز ہے، اور یہ عصب بوجہ اپنے پُرپیچ ممر کے، جو جسر دماغ سے شروع ہوکر ایک عظمی قنال میں سے ہوتا ہوا چہرہ پر اس کی توزیع تک پہنچتا ہے، التہاب و انضغاط کا خاص طور پر امکان رکھتا ہے۔ ساتویں نواتہ کو ماؤف کرنے والا ماسکی ضرر تقریباً ہمیشہ دوسرے علامات بھی پیدا کر دیتا ہے۔ جس کی وجہ یہ ہے کہ اس کے ساتھ قرب و جوار کی ساختیں بھی ماؤف ہوجاتی ہیں، بالخصوص عصب ششم۔ عصب ہفتم مُخیخی جسری زاویہ (cerebello-pontine angle) میں سے گزرتے وقت پانچویں، چھٹے اور آٹھویں اعصاب کے ساتھ قریبی طور پر وابستہ ہوتا ہے، چنانچہ اس مقام کے مرض میں عموماً ان میں سے ایک یا زائد اعصاب ماؤف ہوجاتے ہیں۔ یہ اپنی عظمی قنال کے پہلے حصہ میں عصب ہشتم کے ساتھ قریبی طور پر متماس ہوتا ہے۔ لہذا عصب ہفتم کا منفرد یا جداگانہ مرض نہایت عام طور پر ایسے ضرر کی وجہ سے ہوتا ہے جو وجہی قنال کے حصہ زیریں میں یا ابری عظمی سوراخ سے اس کے باہر نکل آنے کے بعد واقع ہو۔

نواتی شلل التہاب یا بالید کی وجہ سے پیدا ہوسکتے ہیں۔ یہ عصب اپنے درون جمجمی ممر میں اکثر اوقات مُخیخی جسری زاویہ میں رسولی سے، یا آتشکی التہاب سحایا سے ماؤف ہوجاتا ہے۔ اپنے عظمی ممر کے بالائی حصے میں یہ عموماً درمیانی گوش کے مرض کے اس سمت میں پھیل جانے سے ماؤف ہوجاتا ہے۔

لیکن وجہی شلل کی عام ترین قسم وہ ہے جس میں تنہا یہی عصب ایسے التہاب سے ماؤف ہوجاتا ہے جو غالباً ساری یا تمی نوعیت کا ہوتا ہے۔ اس حالت کو عام طور پر شلل بیل (Bell's palsy) کہتے ہیں۔

شللِ بیل (Bell's palsy)۔ یہ ہر عمر میں ہوسکتا ہے اور دونوں صنفوں کو مساوی طور پر ماؤف کرتا ہے۔ اس کے اسباب نامعلوم ہیں لیکن معلوم ہوتا ہے کہ سردی میں تکشف بعض اصابتوں کی تسبیب میں حصہ لیتا ہے۔ اس کا حملہ عموماً حاد ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ اس کے آغاز سے پہلے اذنی عظمی سوراخ کے مقام کے آس پاس دردوں کی شکایت ہو۔ خود مریض کو چہرے کے عضلات میں طاقت کا فقدان محسوس ہوتا ہے اور اکثر وہ شکایت کرتا ہے کہ چہرہ مخالف جانب کے طرف اوپر کو کھنچ گیا ہے۔ چبانے اور نطق میں مداخلت ہوتی ہے۔ اور ہونٹوں کی ناکافی مسدودی کے باعث آشوبِ چشم ہوجاتا ہے۔

آغازِ حملہ سے چوبیس گھنٹوں کے اندر مرض کا ترقی پذیر درجہ ختم ہوجاتا ہے۔ اب درجۂ شلل کا اندازہ کرنا ممکن ہوتا ہے۔ معتدل طور پر شدید اصابت میں چہرے کے تمام عضلات مشلول پائے جائیں گے، بہ استثنائے عضلۂ محیطۃ الجفنیہ کے جس کی طاقت شاذ ہی بالکل غائب ہوتی ہے۔ مختلف عرصہ کے بعد طاقت بتدریج عود کر آتی ہے۔ یہ عود عضلۂ محیطۃ الجفنیہ سے شروع ہوتا ہے، اور اصابتوں کی اکثریت میں آغازِ حملہ سے دو مہینوں کے اندر کامل شفا ہوجاتی ہے۔

انذار کے متعلق اندازہ کرنے میں برقی تعاملات بہت کارآمد ہوتے ہیں۔ ان کا امتحان کرنے سے پندرہ دن گزر جانے دینا چاہئے۔ اگر آغازِ حملہ کے بعد اس تاریخ کو وجہی عضلات فرادیت کی مجیبیت ظاہر کریں تو انذار اچھا ہے۔ انحطاطی تعامل (R.D.) ظاہر کرنے والی اصابتوں میں کامل شفایابی کا امکان نہیں ہوتا۔

جزئی شفایابی کے بعد اکثر مشلول عضلات کا تقبض واقع ہوجاتا ہے۔ یہ کسی قدر چھوٹے ہوجاتے ہیں، آنکھ تھوڑی بند رہتی ہے، اور وجہی عضلات زاویہ دہن کو کسی قدر اوپر کھینچ لیتے ہیں۔ اور اگر تندرست جانب کے عضلات حالتِ آرام میں ہوں تو پہلے پہل دھوکا ہوتا ہے کہ مشلول جانب فعّال حالت میں ہے اور تندرست جانب مشلول ہوگئی ہے۔ لیکن جب مریض بولتا یا مسکراتا، یا آنکھیں بند کرنے کی کوشش کرتا ہے، تو اس خیال کی

فوراً صحیح ہو جاتی ہے۔ منقبض جانب میں مزید انقباض بہت کم ہو سکتا ہے، لیکن تندرست جانب کی حرکت وسیع جولانی رکھتی ہے۔ اس حالت میں ماؤف عضلات علیحدہ علیحدہ نہیں ہلائے جا سکتے چنانچہ آنکھ بند کرنے میں زاویہ دہن اوپر اٹھ جاتا ہے، مسکرانے میں آنکھ جزءً بند ہو جاتی ہے۔ اس کو ثانوی فرط فعل کہتے ہیں۔ بچوں میں وجہی شلل اتنا واضح نہیں ہوتا جتنا کہ بالغوں میں، کیونکہ بچوں کے چہرے کے آثار چڑھاؤ میں لچکدار بافت نسبتہً زیادہ حصہ لیتی ہے، دراں حالیکہ زیادہ عمر والے اشخاص میں اس امر میں عضلات زیادہ اہم ہوتے ہیں۔

تشخیص۔ وجہی شلل کا پہچاننا زیادہ مشکل نہیں شلل بیل (Bell's palsy) بڑی حد تک اس کی عام ترین قسم ہے، اور اس کی شناخت اس کے ناگہانی حملے، اور دوسرے امارات کی عدم موجودگی سے ہو سکتی ہے۔ ماؤف جانب پر درمیانی گوش کے مرض کی موجودگی کی جستجو کرنی چاہئے۔ بالعموم بالائی عصبیہ کے ضرر کی وجہ سے پیدا ہونے والی وجہی کمزوری بہ آسانی شناخت کی جا سکتی ہے اس بنا پر کہ اس میں بالائی وجہی عضلات کے نسبت زیریں وجہی عضلات بہت زیادہ ماؤف ہوتے ہیں، اور اس کے ساتھ ہی اکثر تالو اور زبان کی کمزوری موجود ہوتی ہے۔ برقی تعاملات بھی طبعی ہوتے ہیں۔ 638

انذار۔ یہ سبب کے لحاظ سے مختلف ہوگا۔ شلل بیل کے انذار کے متعلق اوپر بحث کی گئی ہے۔

علاج۔ جہاں سبب دریافت ہو سکے وہاں سبب کا علاج کرنا چاہئے اس سے قطع نظر اس امر کی طرف توجہ ضروری ہے کہ کمزور شدہ عضلات کے وظائف کو محفوظ رکھا جائے۔ اس وقت تک جب تک کہ عضلات کو ارادہ سے ورزش نہ دی جا سکے، برقی علاج کا جاری رکھنا مفید ہے۔ اگر عضلات فرادیت سے مجیبیت ظاہر کریں تو برقی علاج بآسانی عمل میں لایا جا سکتا ہے۔ اگر یہ مجیبیت ظاہر نہ کریں تو گیلوانی رو کام میں لانی چاہئے۔ مریض کو یہ ترغیب بھی دی جائے کہ روزانہ آئینہ سامنے رکھ کر اپنے چہرے کے عضلات کے استعمال کی مشق کرے دلک بھی مفید ہو سکتی ہے۔ ایک شدید اصابت میں مشلول جانب کے ڈھیلے عضلات کو سہارا دے کر آرام کی وضع میں رکھنے کے لئے تانبے کے تار کا ایک ٹکڑا جس پر ربر کی نلی کا غلاف چڑھا ہوا ہو اور جس کے دونوں سرے مڑے ہوئے ہوں، اس طرح استعمال کرنا چاہئے کہ ان میں کا ایک سرا کان کے اوپر لگا ہوا ہو اور دوسرا سرا

زاویہ ذہن کے اندر ہک کی طرح اٹکا دیا گیا ہو۔

عصبِ ہشتم

(eighth nerve)

مختلف دماغی اضرار اس عصب کے نواتوں کو جس میں یا اس کے اصلی اتر تعلقات کو دماغ میں ماؤف کر سکتے ہیں۔ خود عصب، التہاب سحایا (meningitis)، انورسماؤں یا سلعات سے متضرر ہو سکتا ہے۔ اذن تیہ کے اندر عصب کے پھیلاؤ کو حاد یا مزمن التہاب، آتشکی مرض، یا انحطاطی تغیرات سے مضرت پہنچ سکتی ہے۔

ان اضرار کے نتائج یہ ہیں:۔ بہرا پن، دوران سر اور مختلف موضوعی آوازیں، بالخصوص طنین الاذن۔

اُس بہرے پن کو جو مندرجۂ بالا اسباب کے باعث ہو "عصبی" صَمَم ("nerve" deafness) کہتے ہیں، اور اسے اس فقدان سماعت سے متفرق کرنا چاہئے جو درمیانی گوش اور بیرونی سمعی منفذ کے اندر سے آواز کے ایصال میں مداخلت ہو جانے کے باعث ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 621)۔

جب ایصال طبعی پایا جائے تو صمم ضرور یا تو عصب کے ضرر یا تیہ کے ضرر کے باعث ہے۔ اس امر کی تعیین کہ ان میں سے کس میں خرابی موجود ہونے کا امکان زیادہ ہے، متلازم علامات پر سے کرنی چاہئے۔ بعض اوقات یہ دروں بھی ضرر کا ایما کرتی ہیں۔ لیکن حقیقتہً دماغی اصابتوں میں صمم زیادہ عام نہیں ہوتا تاوقتیکہ عصب سمعی کا تنہ ایک رسولی سے براہ راست مضغوط نہ ہو گیا ہو۔

طنین الاذن (tinnitus aurium) ۔ اس اصطلاح کے مفہوم میں آواز کے وہ مختلف موضوعی احساسات شامل ہیں، جو عموماً سسکاری لینے، سیٹی بجنے، جھنکار، اور گرجنے کی نوعیت کے ہوتے ہیں، جن سے ان کے خفیف ترین درجوں میں بھی تقریباً ہر شخص واقف ہے۔ یہ صریحاً عصب سمعی کے ریشوں کی خراش سے پیدا ہوتا ہے، اور کان کے تقریباً ہر قسم کے مرض میں پیدا ہو سکتا ہے، خواہ یہ مرض بیرونی منفذ گوش، یا درمیانی گوش، یا تیہ، یا عصب یا عصبی مرکزوں کا ہو۔ مثلاً یہ بیرونی منفذ گوش

میں وسخ الاذن سے پیدا ہو سکتا ہے، درمیانی گوش کے حاد اور مزمن التہابات میں اس کا موجود ہونا شاذ نہیں، اور اُن اصابتوں میں یہ ایک نمایاں علامت ہوتا ہے جن میں اندرونی سمعی منفذ اور جسر کے درمیان عصب ہشتم ایک رسولی سے ماؤف ہو۔ لیکن طنین کا عام ترین سبب حلزونی آلہ کی عصبی نتہاؤں کا مرض ہے۔ یہ نتہائیں بعض ادویہ، بالخصوص کونین اور سیلی سیلیٹس (salicylates) کی تاثیر سے، یا ناقص دموی رسد کی وجہ سے، مثلاً اس ثانوی عدم دمویت میں جو شدید نزف کے بعد ہو جائے، عارضی طور پر ماؤف ہو سکتی ہیں۔ بیشتر اوقات طنین مُتَسَرِّی صمم کی معیت میں پایا جاتا ہے اور عصبی ریشوں کی اس خراش کے باعث ہوتا ہے جو ان کے اتلاف کا مقدمہ ہوتی ہے۔ ایسی اصابتوں میں اس کا سبب یہ ہو سکتا ہے، حلزونہ کے عظمی کیسہ کا مرض (عظمی صلابت = osteosclerosis)، شرائین میں انحطاطی تغیرات جو بالآخر مستقل ناقص دموی رسد پیدا کر دیں، یا خود عصبی ریشوں کے اولی انحطاطی تغیرات جیسے کہ علائمیہ مینیئر (Menier's syndrome) کی معمولی شکل میں ہوتے ہیں، جس کا سبب نامعلوم ہے، اور جس کو بعض اوقات مینیئر کا مرض کہتے ہیں۔ آخری صورت میں عصب دہلیزی کی نتہائیں بھی ماؤف ہو جاتی ہیں، جس کا نتیجہ دوار کے حملے ہوتے ہیں۔

علاج ۔ پہلے طنین کے سبب کے متعلق غور کرنا چاہیئے۔ بیرونی یا درمیانی 639
گوش کے امراض کا علاج براہ راست کرنا چاہیئے۔ ان اصابتوں میں جن میں اس کا سبب مبہم یا غیر واضح ہو، تکان اور بالخصوص ذہنی قسم کی تکان سے پرہیز کرنے پر اس علامت میں تخفیف پیدا کی جا سکتی ہے، نیز مُسکّنات تجویز کرنے سے، جیسے کہ برومائڈ (bromide) اور تھوڑی مقداروں میں لیومینال (luminol) کا بلاناغہ استعمال۔

دوار (vertigo)۔ دوران سر کی شکایت ایک عام شکایت ہے، اور تشخیص میں یہ امر ایک نہایت اہمیت رکھتا ہے کہ مریض کے وہ اصلی احساسات دریافت کئے جائیں کہ جن کا مفہوم ادا کرنے کے لئے وہ یہ لفظ استعمال کرتا ہے۔ دہلیزی عصبی نتہاؤں یا ان کے مرکزی تعلقات کا مرض یا اختلال ممیز علامات

پیدا کر دیتا ہے، اور دُوار کی اصطلاح انہی کے لئے محفوظ رکھنی چاہئے۔ یہ ناگہانی اور عارضی حملوں کی بازیاد مسلسل احساس کی شکل اختیار کر سکتے ہیں۔ اول الذکر مثال میں مریض کو گردوپیش کے اشیا کی، اپنی، یا دونوں کی حرکت کا ایک کاذب احساس ہوتا ہے۔ یہ حرکت کسی بھی سمت میں ہو سکتی ہے، اور اکثر گردشی ہوتی ہے۔ گردوپیش کے اشیا گھڑی کی سوئیوں کی سمت میں یا اس کے خلاف سمت میں گھومتی نظر آتی ہیں، زمین مریض کی آنکھوں کی طرف آتی ہوئی یا چھت گرتی ہوئی معلوم ہوتی ہے۔ یا پھر ممکن ہے وہ اپنے آپ کو ایک یا دوسری سمت میں لٹو کی مانند گھومتا ہوا یا گرتا ہوا محسوس کرے۔ ایک شدید حملے میں وہ گر ہی جاتا ہے۔ ایسے حملے کے اثرات مابعد اس کی شدت کے لحاظ سے منٹوں، گھنٹوں یا دنوں تک قایم رہتے ہیں، اور اس زمانے میں مریض کو حرکت کرنے پر دُوار کے احساسات ہوتے ہیں، بالخصوص سر کی کسی سریع حرکت کرنے پر۔ حملہ کی انتہا میں قے ایک عام علامت ہے اور ممکن ہے وہ شدید اور اطالت پذیر ہو۔

خفیف درجہ کے دُواری احساسات، ابتداءً حملہ ہوئے بغیر بھی واقع ہو سکتے ہیں، اور مریض لڑکھڑاہٹ کی ایک مسلسل حالت کی شکایت کرتا ہے جو آنکھوں یا سر کی حرکت سے زیادہ شدید ہو جاتی ہے۔

دُوار کے اسباب یہ ہیں۔ طبلی غشا کی دو طرفوں پر دباؤ کا غیر مساوی ہونا مثلاً منفذ میں وسخ کی ڈاٹ ہے، یا مسدود یوسٹیکیائی انبوبہ ہے۔ حاد یا مزمن التہاب اذن وسطی۔ مزمن انحطاطی مرض جو دہلیزی اور اندرونی کان کو متاثر کرے۔ آخر الذکر کا آتشکی اور شریانی مرض۔ سلعہ یا آتشک جو آٹھویں عصب کو ماؤف کرے۔ اور عروقی اضرار، آتشک، سلعہ یا منتشر صلابت جو ساق دماغ یا دمیغ میں دہلیزی عصب کے مرکزی تعلقات کو ماؤف کرے۔ دُوار ایک ایسے صرعی حملے کے نسمہ کے طور پر پیدا ہو سکتا ہے، جو دماغی قشرہ کے مرض کے باعث ہو۔

دوار سے دوچار ہونے پر سب سے پہلا سوال جو پوچھنا چاہئے یہ ہے کہ آیا اس کے ساتھ بہراپن یا طنین موجود ہے؟ اگر ایسا ہو تو ضرر تقریباً یقینی طور پر

درمیانی یا اندرونی کان یا آٹھویں عصب میں ہے۔ آخر الذکر کے عوارض کے ساتھ دوسرے قحفی اعصاب بھی ماؤف پائے جاتے ہیں، بالخصوص پانچواں، چھٹا اور ساتواں عصب۔ لہٰذا عمل طرد کے ذریعہ کان میں مرض کا محل وقوع مستنبط کیا جا سکتا ہے جب کہ وہ موجود ہو۔

ساق دماغ یا دمیغ کے اضرار کے ساتھ بہرا پن یا طنین ہونا لازمی نہیں، لیکن ان سے دیگر علامات اور امارات (ناہم آہنگی، شلل، عدم حیثیت) پیدا ہو سکتی ہیں جو کہ تعیین مقام کے لئے مفید ہیں۔ صرعی نسمہ کی حیثیت سے دوار ہونے کے بعد شعور مختل یا زائل ہو جاتا ہے۔ یہی نسمہ ایک مابعد حملہ ہوئے بغیر بھی واقع ہو سکتا ہے، لیکن وہ مختصر ہوتا ہے اور اس کے بعد دواری احساسات کی صورت میں کوئی خراب اثر باقی نہیں رہتا۔

اصابتوں کی بہت بڑی اکثریت میں دُوار، اندرونی کان کو ماؤف کرنے والے انحطاط کی اس شکل کا نتیجہ ہوتا ہے جس کا سبب نامعلوم ہے اور جس کو بعض اوقات مینیئرز (Meniere) کا مرض کہتے ہیں۔

علاج۔ دوار کو ایک مرض سمجھنے کے بجائے ایک علامت سمجھنا چاہئے اور اسی واسطے جب اس کا بنیادی سبب معلوم ہو جائے تو اسی کے پیش نظر اس کا علاج کرنا چاہئے۔ ان اصابتوں میں جو درمیانی گوش کے مزمن التہاب (otitis media) کے باعث ہوں جراحی علاج کی ضرورت ہے۔ بعض مثالوں میں متلف التہاب التیہہ (destructive labyrinthitis) کا سبب آتشک ہوتی ہے، اور اس کا علاج مناسب ادویہ کے ذریعے سے کرنا چاہئے۔ ان اصابتوں میں جن میں امراضیات غیر واضح ہو پوٹاسیئم برومائڈ حملوں کے تواتر اور شدت کو کم کرنے میں مفید معلوم ہوتا ہے، اور اسے ۱۵ تا ۲۰ گرین کی مقداروں میں روزانہ تین بار دینا چاہئے۔ لیومینال (luminol) $\frac{1}{2}$ گرین کی مقداروں میں روزانہ تین بار، یا شب کو اور صبح کو ایک گرین، شاید اس سے بھی زیادہ مفید ہے جب دوار کے سبب کو یقین کے ساتھ تیہہ (labyrinth) میں محدود قرار دیا جا سکے اور مرض یک جانبی ہو، تو عقلیہ کے ذریعہ تسکین دی جا سکتی ہے۔ یا تو تیہہ کو منکشف 640

کر کے الکحل کے اشراب کے ذریعہ برباد کردیا جاتا ہے، یا آٹھویں عصب کو جمجمہ کے اندر ہی کاٹ دیا جاتا ہے۔ ایسی کارروائیوں کو ان ہی مریضوں کے لئے محدود رکھنا چاہئے جن میں حملے شدید اور بیکار کرنے والے ہوں، تاہم اس وقت ان پر غور کرنا بالکل حق بجانب ہے کیونکہ وہ مستقل تسکین کا واحد ذریعہ بہم پہنچاتی ہیں۔

علامیہ مینئیر (Meniere's syndrome) اور مرض مینئیر (Meniere's disease)۔ پہلے بتلایا گیا ہے کہ طنین اور دُوار دونوں کا عام ترین سبب تیہہ کا مرض ہے خواہ وہ کسی سبب سے ہو، اور اس وقت ان دونوں علامات کے ساتھ صمم پایا جاتا ہے۔ ان تین علامات کے مجموعہ کو اس فرانسیسی طبیب کے نام کی رعایت سے جس نے اسے سب سے پہلے بیان کیا اور اس کا تیہی ماخذ صحیح طور پر دریافت کیا، علامیہ مینئیر کہتے ہیں۔ مینئیر کے مشاہدہ کردہ ابتدائی مریضوں میں سے ایک مریض میں علامات حاد طور پر پیدا ہوئے۔ مریض مر گیا، اور مناظر تیہہ کے اندر نزف کا ایما کرتے تھے۔ گمان غالب ہے کہ یہ حاد سیجی سبقی سرایت کی اصابت تھی۔ ایسی اصابتیں نہایت شاذ ہیں۔ تیہی مرض کے عام تر اسباب، مزمن التہاب اذن وسطی، شریانی صلابت، سر کا تضرر اور آتشک ہیں۔ یہ امر بھی یاد رکھنا چاہئے کہ مینئیر کے علامیہ سے وہ مرض مشابہ ہو سکتا ہے جو کہ آٹھویں عصب کو ماؤف کرے، بالخصوص نام نہاد سمعی عصبی لیفی سلعہ (acoustic neurofibroma)۔

لیکن مینئیر کا علامیہ پیش کرنے والے مریضوں کی ایک بہت بڑی اکثریت میں ان میں سے کوئی سبب بھی نہیں پایا جاتا۔ عام سرگذشت طنین اور صمم کے نہایت تدریجی حملہ کی ہوتی ہے، جو ایک کان میں شروع ہوتا ہے، اور بہت عرصہ، عموماً سالہا سال کے عرصہ کے بعد دوسرے کان کو بھی ماؤف کر دیتا ہے، اور اس سارے زمانے میں دُوار کے حملے بار بار وقفوں کے ساتھ ہوتے رہتے ہیں۔ مرض کے عمر میں طویل فترات واقع ہو سکتے ہیں، اور سماعت کی حالت وقتاً فوقتاً تغیر ظاہر کرتی رہتی ہے۔ عصبی بہراپن ہمیشہ موجود ہوتا ہے لیکن ممکن ہے اس کے ہمراہ درمیانی کان کا بہراپن موجود ہو۔ غیر یقینی سبب رکھنے والے اس بڑے گروہ کے لئے مائجنڈ (Mygind) اور ڈیڈرڈنگ (Dederding) نے مینئیر کے مرض کا نام

تجویز کیا ہے، اور اس کی وہ یہ تعریف کرتے ہیں: "یہ ایک ایسا مرض ہو جہاں تک کہ کان کا تعلق ہے، سمعی اور قیامی دونوں حصوں کے تغیر پذیر دلیقہ کی صورت میں ظاہر ہوتا ہے، اور جس کے متعلق ہر نوعی تسبیب خارج از بحث کرنا ممکن ہوا ہے"۔ ان معنوں میں "مینیئر کے مرض" کا لفظ استعمال کرنے میں فائدہ ہے بشرطیکہ اس میں نادر یافت شدہ سبب کا مفہوم بھی یاد رکھا جائے۔ راقم الحروف نے مینیئر کے مرض کے مریضوں کے ایک سلسلے میں یہ مشاہدہ کیا کہ ۹ فیصدی شقیقہ (migraine) کے مثالی حملوں میں بھی مبتلا تھے (ملاحظہ ہو صفحہ 747)۔

عصب نہم یا لسانی بلعومی عصب

(ninth or glosso-pharyngeal nerve)

یہ عصب شاذ ہی تنہا ماؤف ہوتا ہے، لیکن جمجمہ کے قاعدے پر کے سلعات میں یہ دیگر اعصاب کے ہمراہ ماؤف ہو جاتا ہے، جو کہ وداجی سوراخ میں سے گزرتے ہیں۔ اس کا اتلاف لوزی خطہ کو ڈھانکنے والی غشاء مخاطی کی، اور متاثرہ جانب زبان کے موخر حصہ اور نرم تالو کی عدم حسیت پیدا کرتا ہے۔ لسانی بلعومی عصب میں دوری وجع العصب بھی نمودار ہو سکتا ہے، اور درد مذکورہ بالا حصوں اور اذنی طبل کے خطہ اور یوسٹیکیائی انبوبہ کی طرف محول کیا جاتا ہے۔ درد کی تحریک حلقوم یا زبان کی حرکت یا ان حصوں سے غذا کے تماس سے ہوتی ہے، وہ ترقی پذیر تواتر اور شدت کے دوروں کی صورت میں ہوتا ہے، اور اسے صرف عصب کا قطع کر دینا ہی تسکین دے سکتا ہے۔

عصب دہم یا عصب تائہہ

(tenth or vagus nerve)

عصب تائہہ کے حرکی نواۃ جو کہ صدری اور شکمی احشا کے عضلہ املس کی ایک معتد بہ وسعت کی تعصیب کے لئے ذمہ دار ہیں، تالو، بلعوم اور حنجرہ کے ارادی عضلہ کو حرکی ریشے بہم پہنچاتے ہیں۔ حسی نواۃ صرف حشائی احساس سے تعلق رکھتا ہے۔ نخاع مستطیل میں تائہی نواۃ، حلقیت، نزف، نوبالیدہ، نخاعی جوفیت،

التہاب رباد النخاع، یا انحطاطی تغیر (مترقی بصلی شلل =progressive bulbar palsy)
سے متاثر ہو سکتے ہیں۔ جمجمہ کے قاعدے پر عصب جمجمہ یا سحایا کی نوبالیدہ بافرمن التہاب (آتشکی، اندرونی یا تقیحی) سے مضغوط ہو سکتا ہے۔ گردن اور سینے میں عصب کا تنہ 41
یا اس کی بازگرد شاخ بسا اوقات ابنورزم، نوبالیدہ یا کلانی یافتہ غدد سے ماؤف ہو سکتی ہے۔

تلاقیہ کے ضرر میں جن علامات کی تلاش کرنے کی ضرورت ہے، وہ تالو، بلعوم اور حبل صوتی کے شلل سے پیدا ہوتے ہیں۔

متاثرہ جانب کا تالو تصویت کرنے پر اٹھنے نہیں پاتا، اور لہاۃ غیر متاثرہ جانب کو کھنچ آتا ہے۔ متاثرہ جانب پر بلعوم کی پچھلی دیوار تصویت کرنے پر غیر متاثرہ جانب کو جانبی طور پر کھنچ آتی ہے (بلعوم کی پردہ نما حرکت)۔

حبل صوتی ایک ایسے ضرر کے بعد جو کہ نواۃ اور بازگرد حنجری عصب کے درمیان کسی مقام پر ہو، مکمل طور پر مشلول ہو جاتی ہے اور جیفی وضع میں واقع ہوتی ہے۔ اس کے ساتھ کسی قدر بھرائی ہوئی آواز، اور کھانسنے میں دقت ہوتی ہے۔ بازگرد عصب کا ضرر صرف مبعّد شلل پیدا کرتا ہے، اور تصویت اور کھانسنا غیر متاثر رہتا ہے۔ قلب، بے قاعدہ تنفس، اور سست شرح نبض، جو کہ بڑھے ہوئے درون جمجمی دباؤ کے باعث پیدا ہوتے ہیں، غالباً تاہم نواۃ پر دباؤ کے اثرات ہی کا نتیجہ ہیں (نیز ملاحظہ ہو صفحہ 208)۔

علاج ان ہی اصولوں پر ہونا چاہئے جو کہ دوسرے اعصاب کی حالت میں بتائے گئے ہیں (نیز ملاحظہ ہو حنجرہ کے امراض)۔

عصب یازدہم یا نخاعی معین عصب

(eleventh or spinal accessory nerve)

اس عصب کا بیرونی حصہ جڑوں کے ایک سلسلہ کے ذریعے سے نخاع کے عنقی حصے سے نکلتا ہے، اور دراصل ایک حرکی نخاعی عصب ہے، جو اگلے قرن سے براہ راست تعلق رکھتا ہے۔ اس کی توزیع قصیہ حلیمہ اور مربعہ منحرفہ عضلات میں ہوتی ہے۔

دماغی اور بیرون جمجمی اضرار کے علاوہ، جیسے کہ عصب تائیہ کو ماؤف کر سکتے ہیں، نخاعی معین عصب عنقی شوکہ کی بوسیدگی، گردن کے بڑھے ہوئے غدد یا پھوڑوں یا چوٹوں اور کشیدگی سے متضرر ہو سکتا ہے۔ اگر ضرر پچھلے مثلث میں ہے تو قصیہ حلیمیہ عضلہ ضرور محفوظ رہے گا۔ قصیہ حلمیہ عضلہ کا شلل اس طرح ظاہر ہوتا ہے کہ اس عضلہ کا انقباض کوئی ابھار نہیں پیدا کرتا۔ نیز متقابل جانب کو سر کو گھمانے کی قوت کم ہوتی ہے۔ مربعہ منحرفہ عضلہ کے شلل میں گردن اور شانے کے درمیان کی قدرتی ڈھال ایک گہرا گڑھا بن جاتا ہے، جو شانے کو اوپر اٹھانے پر (جو کہ رافع زاویۂ کتف عضلات کے فعل سے اب بھی ممکن ہے) اور زیادہ گہرا ہو جاتا ہے۔ شانے کی نوک طبعی حالت کی نسبت زیادہ نیچے رہتی ہے، اور عظم الکتف کا پچھلا کنارا نیچے سے اوپر کو اور باہر کی طرف میلان رکھتا ہے۔ لیکن ہاتھ کو سر سے اوپر اٹھانا مشکل یا ناممکن ہوتا ہے کیونکہ مربعہ منحرفہ عضلہ عظم الکتف کو والیہ عضلہ کے استعمال کے لئے مثبت نہیں رکھتا اور نہ وہ اس گردش میں ممد ہوتا ہے جس کے لئے منشاریہ کبیرہ عضلہ بالخصوص کام میں لایا جاتا ہے۔ ایک قائم رہنے والے ضرر کی حالت میں قدرتی نتیجہ ذبول اور برقی تغیرات ہیں۔

علاج۔ یہاں جب ممکن ہو ہمیں تسبیبی ضرر کا تدارک کرنا چاہئے، اور عضلی فشل کا علاج برقی ہیجان اور شاید دلک سے کرنا چاہئے۔

عصب دوازدہم یا تحت اللسانی عصب

(twelfth or hypoglossal nerve)

عضلی ضرر کا اہم ترین سبب حرکی عصبینی مرض (مترقی بصلی شلل **progressive bulbar palsy**) ہے، جب کہ دونوں نواۃ مجموعی طور پر ماؤف ہوتے ہیں۔ درون لبّی ہرم میں عصبی ریشوں کا یک جانبی اتلاف موخر تحتانی دمیغی شریان کے انسداد میں واقع ہوتا ہے۔ دماغ کے قاعدے پر عصب نو بالیدہ یا آتشکی التہاب سحایا سے، اور جمجمہ کے باہر خبیث غدد، التہاب اور تضرر سے ماؤف ہو سکتا ہے۔ جب زبان کی ایک جانب مشلول ہو تو عضو برون کرنے پر متاثرہ جانب کو دھکیلا جاتا ہے۔ جب شلل دو جانبی

ہو تو زبان منہ میں بے حرکت پڑی رہتی ہے اور ابتلاع اور نطق (articulation) تشویشناک طور پر متاثر ہو جاتے ہیں۔ عضلات کی لاغری غشاء مخاطی کا جھری دار منظر پیدا کرتی ہے، جو اس وقت خاص طور پر نمایاں ہوتا ہے جب کہ عارضہ یک جانبی ہو۔ بالعموم ریشکی انقباض لاغر ہونے والے عضلات میں دیکھا جاتا ہے۔ یہ بھی آسانی سے اسی وقت پہچانا جاتا ہے جب کہ شلل یک جانبی ہو، لیکن دو جانبی شلل میں یہ اس باریک بے قاعدہ 642
رعشہ سے خلط ملط ہو سکتا ہے، جو کہ ایک طبعی شخص کی برونز کردہ زبان میں دیکھا جاتا ہے۔ ایسی اصابتوں میں اس کی تلاش اس وقت کرنی چاہیئے جب کہ زبان کھلے ہوئے منہ میں ساکن پڑی ہوئی ہو۔

علاج تسبیبی حالتوں کے مطابق ہونا چاہیئے۔

نخاعی اور محیطی اعصاب کے اضرار

نخاعی اعصاب جڑوں کے مقام پر، ضفیرہ میں یا ان کے آگے کے عصبی تنوں میں متضرر یا مرضی ہو سکتے ہیں۔

عصبی جڑوں کے اضرار نخاع یا عمود شوکی کے امراض، چوٹوں اور رسولیوں کے تعلق میں پیدا ہو جاتے ہیں، اور ان کے علامات مرکزی عارضہ کے علامات کے ساتھ مجتمع ہو سکتے ہیں، مثلاً ام جافیہ سے اگنے والے سلعہ، آتشکی التہاب سحایا یا تدرنی بوسیدگی کی اصابت میں نخاعی اعصاب کے تنوں کے اضرار زیادہ تر عمود شوکی میں کی یا اس کے قریب کی نو بالیدوں (انورسماؤں اور رسولیوں) سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ عصبی جڑیں اس جگہ جہاں وہ فقری سوراخوں سے نکلتی ہیں، ارتفیتی التہاب یعنی (التہاب اصلیہ = radiculitis) کے دوران میں بھی متاثر ہو سکتی ہیں۔ متابلتہ خفیف ضربہ، یا وافر کھنچاؤ سے بھی بالخصوص جب کہ یہ بار بار اور مکرر ہو، عصبی غلافوں کے اندر انصباب پیدا ہو سکتا ہے۔ بعض اوقات عصبی غلافوں کا التہاب ان سموم سے پیدا ہو جاتا ہے جو جوڑے خون سے داخل ہو جاتے ہیں، اور یہ سموم یا تو جراثیمی مبداء کے ہو سکتے ہیں یا ناقص تحول کے ضمنی حاصلات۔ عضدی اور نسائی ضفیروں کے عصبی تنے [illegible] کھلے ہوئے محل وقوع اور کھنچاؤ کی زیادہ قابلیت کے باعث ان اسباب سے خاص طور پر

متاثر ہوتے ہیں۔

چونکہ نخاعی اعصاب میں حرکی اور حسّی دونوں قسم کے ریشے موجود ہوتے ہیں، لہٰذا ان کے اضرار کے علامات عضلی قوت کا نقصان اور عدم حسّیت دونوں میں، جو ان کے عصبی ریشوں کی اُس توزیع سے مطابقت کرتے ہیں جو عضلات اور جلد میں علی الترتیب ہوتی ہے۔ اگر یہ ضرر قائم رہے تو عضلات کا ذبول واقع ہو جائے گا اور اُن کے برقی تعاملات متغیر ہو جائیں گے (ملاحظہ ہو صفحہ 627) اور شاید جلد میں پرورشی تغیرات واقع ہو جائیں گے۔

علاج۔ ان اضرار کے وہ نتائج جن کے علاج کی ضرورت ہوتی ہے، ایک طرف تو شلل اور عضلی ذبول ہیں، اور دوسری طرف درد یا حسی علامات۔ دونوں صورتوں میں اگر سبب مرض قابلِ ازالہ ہے (جیسے کہ پھوڑے یا رسولی کی وجہ سے دباؤ) تو حتی الامکان اس کا تدارک کرنا چاہئے۔ یا اگر تسمی التہاب عصب کو سبب مرض سمجھا گیا ہے تو جسم کے اندر سرایت یا تسمم کے تمام ممکن منبعوں کو تلاش کر کے حتی الامکان اُن کا علاج کرنا چاہئے، مثلاً جو فیزی سیلانِ ریم (pyorrhœa alveolaris)، عفونی لوزتین، غذائی خطے کی مزمن سرایتیں۔ جن اصابتوں کے نقرسی الاصل ہونے کا شبہ ہو ان میں ایٹوفان (atophan) اور اسپرین (aspirin) کا داخلی استعمال کرنا چاہئے، اور غذا میں اصلاح تجویز کرنی چاہئے۔ شلل کے علاج کے لئے دلک، برقی تہییج اور ورزشیں کارآمد ہیں۔ درد کے لئے حرارت، یا لفاح (belladonna)، بچھناک (aconite)، تارپین، وغیرہ کے مروخات کا مقامی استعمال مفید ہو سکتا ہے۔ شفاء حاصل کے لئے آرام بھی ضروری ہے۔ بازو کو ایک آونگ کے اندر رکھنا چاہئے، یا اگر ٹانگ ماؤف ہے تو مریض کو بستر میں لیٹا رہنا چاہئے، اور جب ضرورت ہو تو مشلول عضلات کو آرام کی وضع میں رکھنے کے لئے مخصوص جبائر کام میں لانی چاہئیں۔

ذیل میں نخاعی اعصاب کے بعض زیادہ اہم اور کثیر الوقوع اضرار کا مختصر بیان درج کیا جاتا ہے:۔

بالائی عنقی اعصاب

یہ فقرات کے بالائی حصے کے امراض میں ماؤف ہو سکتے ہیں، بالخصوص فہقریا محورہ

کے دردی مرض میں۔ پچھلے فرعات اکثر ضربی یا سمی مبداء کے عصبی التہاب سے ماؤف ہوجاتے ہیں۔
گردن کو عام جھٹکا لگنا ("crick") خفیف تضرر کی ایسی مثال ہے جسے سب جانتے ہیں،
اور ان اشخاص میں جن میں بھی عصبی التہاب کی ماسبق استعداد ہوتی ہے معلوم ہوتا ہے کہ
سردی (مثلاً سرد ہوا کے جھونکے میں بیٹھنا) حملہ پیدا کرنے کا فیصلہ کن عامل ہوتی ہے۔ اگر یہ تکلیف
دوسرے عنقی عصب کی شاخوں تک محدود ہے تو درد قذالی اور زیر قذالی خطوں میں
محسوس ہوتا ہے اور اکثر اس کی شکایت دردسر کے طور پر کی جاتی ہے۔ درد کے دوروں
کے وقت جلد الراس پر اور بڑے قذالی اعصاب کے باہر نکلنے کے نقطوں پر الیمیت
موجود ہوتی ہے جو ان اصابتوں کو دروں جمجمی مرض کی اصابتوں سے تمیز کرنے میں
کام آتی ہے۔
علاج، عصبی التہاب کی دوسری اصابتوں کی طرح سبب مرض کا کرنا چاہئے۔ 643
آرام، گرمی اور اسپرین (aspirin) علامات کی تسکین کے لئے مفید ہیں۔

عصب حجابی

(phrenic nerve)

عصب حجابی کے ریشے نخاع کے عنقی حصے کے مرض، مثلاً حاد التہاب نخاع
(acute myelitis) میں ماؤف ہوجاتے ہیں۔ گاہے یہ عصب گردن کے زخموں سے
متضرر ہوجاتا ہے، اور ممکن ہے کہ گردن اور صدر کے سلعات سے دب جائے۔
خناق وبائی الکحلیت، اور بیری بیری کے شلل میں اور کثیر عصبی التہاب کی بعض دوسری
اصابتوں میں اس کا ماؤف ہوجانا شاذ نہیں، نیز ممکن ہے کہ یہ رصاصی تسمم
(lead-poisoning) میں ماؤف ہوجائے اس کے دوجانبی ضرر کی ممیز علامت
ڈایافرام کا شلل ہے۔ تنفس صرف بین الاضلاع عضلات، اور معین شہیقی عضلات کے
فعل سے انجام پاتا ہے۔ دیوار شکم دوران شہیق میں آگے بڑھنے کے بجائے،
باز کشیدہ ہوجاتی ہے، اور دوران زفیر میں باہر ابھر آتی ہے۔ جب مریض
پرسکون ہوتا ہے تو ممکن ہے کہ بہر خفیف سا ہو لیکن حرکت کرنے سے دقت تنفس
میں زیادتی ہوجاتی ہے، اور پھر صدری دیواروں کا فرط فعل بالخصوص نمایاں ہوجاتا،

نسبتاً کم درجہ کے شلل میں معلوم ہوتا ہے کہ ڈایافرام نیم شہیقی وضع میں برقرار رہتا ہے، اور وہ مانبہ پر شکم پر منقبض نہیں ہوتا، لیکن وہ سینہ کے اندر اوپر کھنچ آنے کی مدافعت کرتا ہے، چنانچہ دیوارِ شکم دورانِ تنفس میں زیادہ ساکن رہتی ہے۔ خراب اصابت میں کامل تنفس غیر ممکن ہوتا ہے، سینہ کو پُر کرنے کی ناقابلیت کی وجہ سے کھانسی دقت طلب، ردی، یا بلا آواز ہو جاتی ہے، اور آواز تقریباً ناپید ہو جاتی ہے۔ اس سے دو نتیجے مترتب ہو سکتے ہیں۔ ایک تو یہ کہ اکثر شش کے ایک یا دو زیرین لختوں (زیادہ اکثر بائیں لختے) میں وسیع ہبوط (کلی ہبوطِ = Pasteur massive collapse) واقع ہو جاتا ہے، جس کے ساتھ اصمیت ہوتی ہے، اور تنفس یا تو غائب ہو جاتا ہے یا خفیف سا قصبی ہوتا ہے۔ دوسرا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ زیرین لختوں میں دورانِ خون میں رکاوٹ ہوتی ہے۔ چنانچہ اُن میں مخاط یا ازدیادی سیّال جمع ہو جاتا ہے جسے مریض خارج کرنے کی قابلیت نہیں رکھتا۔ اس سے جو خطرہ لاحق ہوتا ہے وہ بلاشبہ شعبی التہاب سے اور زیادہ ہو جاتا ہے۔ ڈایافرامی شلل (اگرچہ بعض اوقات یہ الکحلی اور خناقِ وبائی کے شلل میں ایک ضربِ کاری (coup de grace) پہنچاتا ہے) لازمی طور پر مہلک نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ یہ چند دنوں یا ہفتوں تک جاری رہے، اور پھر بتدریج زائل ہو جائے۔

مؤخر صدری عصب

(posterior thoracic nerve)

بعض اوقات یہ عصب، اس جگہ جہاں یہ گردن کے پچھلے مثلث میں واقع ہے، کندھے پر بوجھ لیجانے سے زخمی ہو جاتا ہے۔ اس طرح یہ ضرر حمالوں وغیرہ میں عام ہے، اور عورتوں کے نسبت مردوں میں نوگنا زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ اس سے عضلۂ منشاریۂ کبیرہ (serratus magnus) کا شلل پیدا ہو جاتا ہے، جو عظم الکتف کے محلِ وقوع کے باعث شناخت میں آتا ہے۔ عضلاتِ معینہ اور رافعِ زاویۃ الکتف کے فعل کی مخالفت نہ ہونے سے زاویۂ زیرین خوکہ کے قریب آ جاتا ہے۔ بازو افقی سے اوپر مشکل سے اٹھایا جاتا ہے، کیونکہ تندرستی میں کامل ارتفاع بڑی حد تک اس طرح

انجام پاتا ہے کہ عضلہ منشاریہ کبیرہ عظم الکتف کے زیریں زاویہ کو آگے کی طرف گھما دیتا ہے جب بازو کو افقی وضع میں آگے کی طرف حرکت دی جاتی ہے تو زاویہ عظم الکتف سینہ سے باہر ابھر آتا ہے اس طرح کہ انگلیاں اس کے نیچے رکھی جا سکتی ہیں اور ساتھ ہی وہ شوکہ کے قریب آجاتا ہے (جناحی کتف = alar scapula)۔ بالعموم جلدی عدم حسیت غیر موجود ہوتی ہے لیکن ممکن ہے کہ آغاز حملہ کے ساتھ وجع العصبی درد موجود ہوں۔ ممکن ہے کہ بغل کے نیچے عضلہ کی انگشتیاں صریحاً اس سے زیادہ مذبول یا غیر فعال ہوں کہ جتنی دوسری جانب کی انگشتیاں ہوتی ہیں۔

عصب منحنی

(circumflex nerve)

شانے کا خلع، شانے کے بل گرنا یا شانے پر چوٹ لگنا، اور عکازہ کا دباؤ یہ سب اس عصب کے ضرر کے خاص اسباب ہیں۔ خاص علامت عضلہ دالیہ کا شلل ہے، چنانچہ ہاتھ افقی وضع میں نہیں اٹھایا جا سکتا اگر ایسا کرنے کی کوشش کی جائے تو عضلہ مربعہ منحرفہ اور عضلہ منشاریہ کے فعل سے شانہ کا ارتفاع ہو جاتا ہے اور بازو انتصاباً لٹک پڑتا ہے۔ پرانی اصابتوں میں ذبول اور انحطاطی تعامل طاری ہو جاتا ہے۔ جلدی عدم حسیت اکثر غیر موجود ہوتی ہے، اور عضلہ مدلجہ صغیرہ کا شلل (اس عضلہ کو بھی عصب منحنی سے رسد پہنچتی ہے) عموماً شناخت نہیں کیا جا سکتا۔ یاد رکھنا چاہیے کہ شانہ کے مفصل کی جساوۃ بھی بازو کو اسی وضع میں ثبت کر دیتی ہے اور اس عضلہ کا ذبول پیدا کر دیتی ہے۔ حرکت مجہول کے ذریعہ ان دونوں حالتوں کے درمیان تفریق کی جا سکتی ہے۔

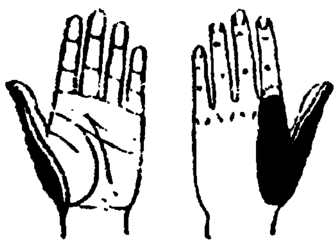
44

عصب عضلی مرغولی

(musculo-spiral nerve)

یہ عصب اس جگہ جہاں یہ عضدیہ کے گرد چکر کاٹتا ہے اپنے کھلے ہوئے محل وقوع کے باعث دیر پا دباؤ، عکازہ کے استعمال، یا سونے میں کرسی کی پشت پر سے بازو کے لٹکنے میں یا بانو پر بدن کا سارا وزن رکھ کر سونے میں متضرر ہو سکتا ہے۔

نیز وہ کسور اور خلعات سے، اور شاذ صورتوں میں عضلۂ مثلث الرؤس کے زوردار فعل سے منفرز ہو سکتا ہے۔ زیادہ بلند ضرر سے مشلول ہونے والے عضلات کہنیوں اور کلائیوں کے عضلاتِ باسط، انگلی اور انگوٹھے کے لیے عضلاتِ باسط، اور عضلاتِ باطحہ ہوتے ہیں لیکن زیادہ عام ضررات میں جو کہنی سے قدرے اوپر ہوں ایک یا زاید عضلات بچ جاتے ہیں، خاص کر مثلث الرؤس اور باطحہ طویلہ۔ مثلث الرؤس کے شلل کی حالت میں پیش بازو کو بازو پر بسط کرنے کی ناقابلیت پائی جاتی ہے۔ اس کا امتحان بازو کو اٹھا ہوا رکھ کر کرنا چاہیئے تاکہ پیش بازو کو بسط کرنے میں جاذبہ (gravity) کا فعل نہ ہونے پائے۔ کلائی اور انگلیوں کا شلل باسطات سقوط الرسغ ("wrist drop") یا سقوط الید ("dropped hand") سے ظاہر ہوتا ہے۔ اگر پیش بازو کو اکباب کی حالت میں بسط رکھا جائے تو ہاتھ انتصاباً لٹک پڑتا ہے اور اسے اوپر نہیں اٹھایا جا سکتا، اور نہ انگلیاں یا انگوٹھا اپنی لٹکی ہوئی وضع سے اوپر اٹھائے جا سکتے ہیں۔ اگر ہاتھ اٹھایا جائے اور پہلی سلامیات کو سہارا دے کر رکھا جائے تو وسطی اور انتہائی سلامیات کو بین النظام عضلات اور عضلاتِ قطنیہ کے فعل سے بسط کیا جا سکتا ہے۔ شلل باطحات کامل اکباب کی وضع سے ہر حرکت کو روکتا ہے، لیکن اگر پیش بازو خمیدہ کیا جائے تو عضلۂ ذو راسین سے بطیح کا عمل انجام دیا جا سکتا ہے۔ عضلۂ باطحہ طویلہ کی غیر موجودگی کی وجہ سے نیم اکباب کی حالت میں خمیدگی کمزور ہو جاتی ہے، اور اس عضلہ کا وہ ممیز ابھار جو خمیدگی کے حرکات میں پیدا ہو جاتا ہے غیر موجود ہوتا ہے۔ عضلات کے سروں کے مجہول اقتراب سے انگلیوں کی خمیدگی بہت کمزور پڑ جاتی ہے، اور کلائی کی پشت پر ایک ابھار بن جاتا ہے،



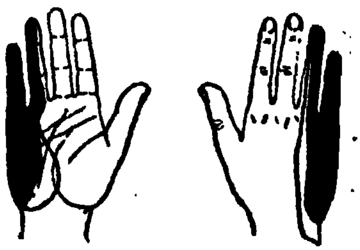
تصویر ۸۔ عضلی مرغولی عصب کی گہری اور بیرونی جلدی شاخوں کے ضرر کے بعد احساس کا فقدان مکمل بے حسی درد کے رقبہ جات سیاہ رنگ کے ہیں، اور ہلکے چھونے پر عدم حاسیت کے رقبہ جات مسلسل خطوط کے اندر گھرے ہوئے ہیں۔ (ہیڈ Head : کی تقلید میں)۔

جو ماتوو تری غلافوں کی دبازت کی وجہ سے ہوتا ہے یا زلالی ناچوں اور رسغی ہڈیوں کے پیچھے کو ابھر آنے سے کیونکہ ان کو باسطات کے اوتار کا سہارا نہیں ملتا۔ اگر جلدی عدم تعصیب موجود ہوتی ہے تو وہ ہاتھ کی پشت کی بیرونی جانب، انگوٹھے کی پشت اور شہادت کی انگلی اور بیچ کی انگلی کی پہلی سلامیات کی پشت کو ماؤف کرتی ہے۔

عصب زندی

(ulnar nerve)

اِس عصب کو بازو میں اور کلائی کے قریب زخموں اور تضررات کا اور شانے اور کہنی کے خلعات سے اور پیش بازو کے کسور سے تضرر کا خطرہ ہوتا ہے۔ کہنی کا تضرر لگنے کے عرصۂ دراز کے بعد ندبی تغیرات کی وجہ سے التہاب عصب کے علامات نمودار ہو جاتے ہیں، جس کا نتیجہ مقامِ مضرت پر ایک تکلا نما ورم یا "عصبی سلعہ" ("neuroma") ہو سکتا ہے۔ ایسا عصبی سلعہ نہایت عام طور پر کہنی کی پشت پر کے میزاب میں پایا جاتا ہے جہاں عصب کو ضربہ کا سب سے زیادہ خطرہ ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ یہ متواتر خفیف تضررات کے مجموعی اثر سے پیدا ہو جائے۔ ایسا ہی نتیجہ اس خطے میں عصب کے اپنے عظمی سہارے پر ہر وقت رگڑ کھانے سے بھی پیدا ہو سکتا ہے، جیسے کہ پیشہ ور وائلین بجانے والے (violinist) یا آہنگر میں۔ جن حرکات پر اثر پڑتا ہے وہ یہ ہیں:۔



645

تصویر ۹۷۔ زندی عصب کے ضرر کے بعد احساس کا فقدان۔ اس کی توضیح کے لئے تصویر ۹۰، بالفاظ ہو ژ ہیڈ : Head کی تقلید ہے۔

زندی جانب کو کلائی کی خمیدگی، انگلیوں کی خمیدگی، بالخصوص پہلی سلامیات کی اور اس کے ساتھ دوسری اور تیسری سلامیات کی بسط شدگی، انگوٹھے کی تقریب اور بین العظام عضلات سے انگلیوں کی جانبی حرکات۔ پرانی اصابتوں میں عضلات باسطہ کے فعل کی عدم مخالفت کے باعث پہلی سلامیات کی بیش بسط شدگی اور دوسری اور تیسری سلامیات کی خمیدگی واقع ہو کر پنجہ مخلب نما ہو جاتا ہے۔

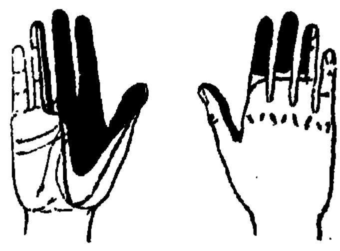
(دست مخلبی = main en griffe) عدم حسیت مختلف ہوتی ہے، اس کے حدود یہ ہوتے ہیں کہ ہاتھ کے زندی حصہ میں سامنے ڈیڑھ انگلی اور پیچھے ڈیڑھ (یا دو) انگلی عدیم الحس ہوتی ہے (ملاحظہ ہو تصویر ۷۹)۔

ضربی عصبی سلعہ کی اصابتوں میں، بالخصوص ان میں جن میں عظمی میزاب غیر معمولی طور پر غیر عمیق اور عصب غیر محفوظ ہو جراحی کارروائی یقینی علاج ثابت ہوتی ہے عصب کو اس کے انضمامات سے چھڑا کر کہنی کے سامنے منتقل کر دیا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ خفیف تر اصابتوں میں صرف آرام کافی ہو۔

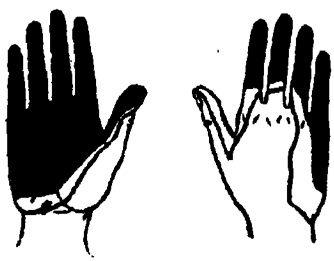
عصب وسطی

(median nerve)

یہ زیادہ تر تفرات سے اور گاہے گاہے عصبی التہاب سے ماؤف ہوتا ہے۔



تصویر ۸۰۔ وسطی عصب کے ضرر کے بعد احساس کا فقدان توضیح کے لئے تصویر ۸۰ ملاحظہ ہو۔ (ہیڈ کی تقلید میں)۔



تصویر ۸۱۔ زندی اور وسطی اعصاب کے ضرر کے بعد احساس کا فقدان توضیح کے لئے تصویر ۸۰ ملاحظہ ہو۔ (ہیڈ کی تقلید میں)

جب یہ مشلول ہو جاتا ہے تو پیش بازو کا اکباب آدھی دور سے زائد نہیں کیا جا سکتا کلائی کی خمیدگی زندی جانب کو واقع ہوتی ہے، انگوٹھے کو خمیدہ یا مبعد نہیں کیا جا سکتا انگلیوں کی دوسری سُلامیات کو پہلی سلامیات پر خمیدہ نہیں کیا جا سکتا اور نہ تیسری سُلامیات کو دوسری سُلامیات پر الا تیسری اور چوتھی انگلیوں کی حالت میں جن میں یہ خمیدگی عمیق خم کن عضلہ کے زندی نصف سے انجام کو پہنچتی ہے عدم حسیت اگر ہوتی ہے

تو وہ ہتھیلی کے کعبری نصف کو، انگوٹھے شہادت کی انگلی، بیچ کی انگلی، اور انگشت خاتم کی کعبری جانب کے اگلے رُخ کو اور انگوٹھے اور انھیں تین انگلیوں (یا بعض اشخاص میں صرف شہادت کی انگلی اور بیچ کی انگلی) کی ظہری سطحوں کو پہلے جوڑ سے آگے ماؤف کرتی ہے (ملاحظہ ہوں تصاویر ۸۰، ۸۱)۔

عضدی ضفیرہ

(brachial plexus)

اس ضفیرے کو بنانے والے اعصاب تضرر، بالیدوں یا شدید التہاب کے باعث کم و بیش ماؤف ہو سکتے ہیں۔ اس سے ہاتھ، بازو اور شانہ کے تمام عضلات کا شلل، اور ہاتھ، پیش بازو، اور بالائی بازو کی بیرونی جانب کی عدم حسیت پیدا ہو جاتی ہے، مگر اندرونی جانب محفوظ رہتی ہے کیونکہ اس کی تعصیب جزءً بین الاضلاع اعصاب سے ہوتی ہے۔ یہ شکایات نہایت عام طور پر مندرجۂ ذیل دو شکلوں میں سے ایک شکل میں دیکھی جاتی ہے، مگر اس امر میں کہ کونسے عضلات ماؤف ہوتے ہیں خفیف اختلافات پائے جاتے ہیں، جس کی وجہ غالباً یہ ہے کہ عصبی جڑیں ضفیرہ بناتے وقت اپنے طرز اختلاط میں اختلافات ظاہر کرتی ہیں۔

بالائی بازو والی قسم یا شلل ارب (Erb's paralysis)- عضلات ذیل مشلول ہوتے ہیں: عضلہ دالیہ، ذو راسین عضدیہ مقدمہ، باطحہ طویلہ اور شاید باطحہ قصیرہ، عضلۂ فوق الشوکہ اور تحت الشوکہ، اور کلائی کے کعبری باسطات۔ بازو کا ارتفاع اور پیش بازو کی خمیدگی اور بطح غیر ممکن ہوتے ہیں۔ عصب منحنی اور عضلیہ جلدیہ اعصاب کے رقبہ میں حسی علامات مختلف ہوتے ہیں۔

زیریں بازو والی قسم یا شلل کلمپکی (Klumpke's paralysis)- معلوم ہوتا ہے کہ یہ آٹھویں عنقی اور پہلے ظہری اعصاب کے ضرر کے باعث ہوتا ہے۔ ہاتھوں کے چھوٹے عضلات اور انگلیوں کے خم کن عضلات خاص طور پر متاثر ہوتے ہیں، اور بازو کی اندرونی جانب کہنی تک عدم حسیت ہوتی ہے۔ علاوہ ازیں چشمی حدقی علامات ہوتے ہیں، یعنی اسی جانب کی پتلی کا انقباض اور شق جفنی کی تقلیل جس کی وجہ

یہ ہے کہ عنقی مشار کی ریشے اس مقام پر جہاں وہ پہلی ظہری جڑ کے اندر نخاع سے باہر نکلتے ہیں ماؤف ہو جاتے ہیں۔

عصب عضدی کا التہاب (brachial neuritis)۔ یہ ایک مقامی تقیحی عمل کے راست پھیلاؤ سے پیدا ہو سکتا ہے۔ لیکن زیادہ عام طور پر خفیف تضرر اور محولۂ خون سمیات (جراثیمی اور کیمیائی) کے مجموعی اثرات کی وجہ سے ہو سکتا ہے۔ سردی کا تکشف بھی اس کی تسبیب میں حصہ لیتا ہے۔ شکایت بالخصوص درد کی ہوتی ہے، جو مستمر یا جلن کی نوعیت کا ہوتا ہے اور گاہ بگاہ شدید دوروں کے ساتھ کم و بیش دائمی ہوتا ہے۔ ضفیرے کی نخاعی جڑیں اکثر ماؤف ہو جاتی ہیں، چنانچہ پچھلی فرعوں کی ماؤفیت سے عظم الکتف کے پیچھے درد معلوم ہوتا ہے اس طرح حس طرح کر بازو کے طول میں اور انگلیوں کے اندر۔ گو بعض عصبی جڑوں کے رقبہ میں موضوعی سن پن اور جھنجھنی موجود ہو سکتی ہے، تاہم عدم حسیت کے کسی واضح بند کا ملنا شاذ ہے۔ شوکہ اور عظم الکتف کے درمیان پچھلے فرعوں کے باہر نکلنے کے نقطوں پر اکثر دبانے سے انتہائی ایلمیت کے نقطے پائے جاتے ہیں، اور جب فوق الترقوہ حفرے میں عنقی جڑوں کو دبایا جائے تو وہ ایلیم ہوتی ہیں۔ محدود المقام عضلی ذبول عام نہیں ہوتا، لیکن اگر علالت زیادہ طویل ہو تو عدم استعمال کے باعث جارحہ کے سارے عضلی نظام میں لاغری پیدا ہو جاتی ہے۔ متاثرہ جارحہ میں وتری جھٹکے کم ہو جاتے یا ضائع ہو جاتے ہیں، لیکن اکثر وہ باقی رہتے ہیں خواہ درد کیسا ہی شدید اور اطالت پذیر کیوں نہ ہو۔

مرض مختلف ہوتا ہے۔ بالعموم یہ شکایت کئی ہفتوں تک جاری رہتی ہے، اور کھنچاؤ یا تضرر کے باعث عود کرنے کا رجحان رکھتی ہے۔

علاج یہ ہے کہ اگر سبب دریافت ہو سکے تو اس کا تدارک کیا جائے۔ اگر دانتوں یا لوزتین میں عفونت کے امکانات بلاشبہ موجود ہوں تو ان کا استیصال کرنا چاہئے۔ دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ غذا میں اصلاح کی ضرورت ہو اور اٹوفان (atophan) اور ایسپرین (aspirin) تجویز کرنا پڑے۔ حاد درجوں میں آرام ضروری ہے۔ بازو کو دن کے وقت ایک آونگ میں رکھنا اور رات کے وقت

ایک تکیہ کا سہارا دے کر رکھنا چاہیئے: جوڑوں میں انقباضات روکنے کے لئے روزانہ ہلکے ہلکے مجہول حرکات عمل میں لانے چاہیئں۔ مقامی طور پر حرارت کا استعمال مفید ہے، جو گرم پانی کی بوتلوں، یا ایک دھاتی معکاس میں ایک اعلیٰ طاقت والے برقی لیمپ کی شعاعوں، یا برقی طور پر گرم کئے ہوئے گدے کی شکل میں ہو۔ مزمن اصابتوں میں برقی حرارت رسانی مفید ہے۔ ادویہ میں اسپرین (aspirin) نہایت کارآمد ہے۔ درد کے بتدریج موقوف ہونے کے ساتھ ڈلک تجویز کرنی چاہیئے تاکہ کمزور شدہ عضلات کو بحال کیا جائے، اور فعال حرکت بتدریج اختیار کی جا سکتی ہے۔

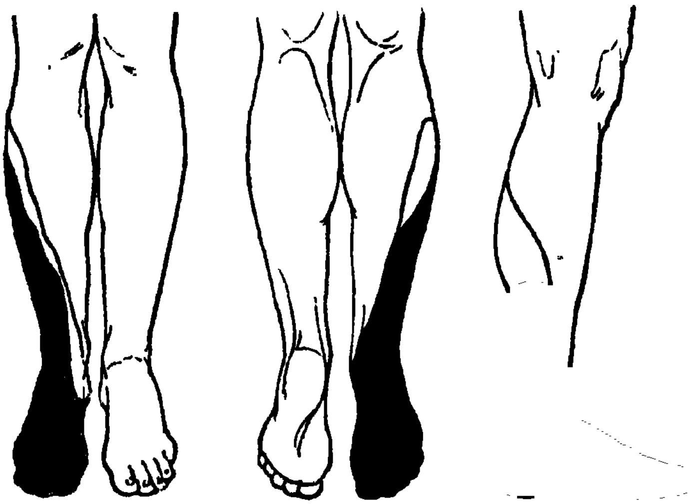
التہاب اصلیہ (radiculitis)- عقدی ضفیرہ سے اوپر کے نخاعی اعصاب بعض اوقات التہاب سے متاثر ہو جاتے ہیں، جو غالباً لیفی التہابی قسم کا ہوتا ہے۔ پانچواں اور چھٹا عنقی عصب سب سے زیادہ عام طور پر ماؤف ہوتا ہے۔ یہ عارضہ بعض اوقات دوجانبی ہوتا ہے۔ اس کا آغاز بالعموم حاد ہوتا ہے، جس کے ساتھ معتدبہ درد لیکن بہت کم حسی فقدان ہوتا ہے۔ حرکی علامات بسا اوقات شدید ہوتے ہیں، جو مرض کی عام ترین مثال میں شوکیات، دالیہ، ذوراسین، عضدیہ اور باطوطویلہ کے شلل اور لاغری کی شکل اختیار کرتے ہیں۔ صحت یابی آہستہ ہوتی ہے لیکن بالعموم کامل ہوتی ہے۔ کمزور شدہ دالیہ کا کھنچاؤ روکنے کے لیے ایک تبعیدی جبیرہ کی ضرورت ہے، اور ڈلک اور برقی علاج اپنے اپنے فوائد رکھتے ہیں۔

مصلی شلل (serum paralysis)- محیطی اعصاب یا عصبی جڑیں بعض اوقات مصلی بیماری کے دوران میں ماؤف ہو جاتی ہیں۔ پانچویں عنقی جڑ سب سے زیادہ اکثر ماؤف ہوتی ہے۔ اس کا آغاز بالعموم شری طفح کے پہلے پہل نمودار ہونے سے ۲ تا ۵ دن بعد ہوتا ہے اور اس کے ساتھ شانے کے خطہ میں درد واقع ہوتے ہیں۔ بعد ازاں دالیہ کی کمزوری اور لاغری پائی جاتی ہے، اور بعض اوقات دوسرے عضلات، بالخصوص شوکیات کی بھی۔ چھوٹے اور لیکن چھوٹے پر اضافی حسی نقص بالعموم پانچویں جڑ کی توزیع میں ملتا ہے۔ ان اصابتوں میں سے کہ جن کی اطلاع دی گئی ہے تقریباً نصف میں دونوں جوارح

ماؤف تھے، لیکن عارضہ متشاکل نہیں ہوتا، اور ایک جارحہ دوسرے جارحہ سے زیادہ متاثر ہو سکتا ہے۔ شلل سے شفایابی میں کئی مہینے لگتے ہیں، لیکن وہ بالعموم مکمل ہوتی ہے۔ اس کا علاج اس وقت جب کہ دالیہ کی کمزوری شدید ہو جبیرہ لگا کر، اور دلک اور برق کے ذریعہ کیا جاتا ہے۔

647 عنقی پسلیاں (cervical ribs)۔ کبھی کبھی ساتویں عنقی فقرہ میں مقدم عرضی زائدے کے نمو یاب ہونے سے ایک پسلی بن جاتی ہے اور اس سے ایسی علامات کا پیدا ہو جانا ممکن ہے جو آٹھویں عنقی اور پہلی ظہری جڑوں پر دباؤ پڑنے پر محمول کی جاتی ہیں۔ یہ زندگی کے تقریباً ہر زمانے میں ظاہر ہو سکتی ہیں، لیکن نہایت عام طور پر زمانۂ بلوغ میں یا ادھیڑ عمر میں دیکھی جاتی ہیں۔ کثیر التعداد مریضوں میں ان کا آغاز ایسے عوامل کی وجہ سے ہوتا ہے جو کہ شغل سے تعلق رکھتے ہیں۔ مثلاً ممکن ہے کہ مریض پہلے پہل ان کو اس وقت دیکھے جبکہ وہ وائلن بجانا، گولف کھیلنا، یا گھوڑے کی سواری شروع کرتا ہے، یا شادی شدہ عورتوں میں اس وقت دیکھی جائیں جبکہ وہ اپنے بچوں کو گود میں لیجانے لگتی ہیں۔ مریض عموماً ہاتھ کی کمزوری کی شکایت کرتا ہے اور اس کے ساتھ درد، جھنجھناہٹ اور سن پن کی، بالخصوص پیش بازو کے زندی کنارے کے برابر برابر۔ اس کمزوری کے ساتھ ہاتھ کے چھوٹے عضلات کی لاغری ہوتی ہے، جو دو قسموں میں سے ایک کے ساتھ مطابقت کرتی ہے۔ پہلی قسم میں جو نہایت ممیز ہے یہ لاغری راحی فراز کے دو خاص عضلات تک محدود ہوتی ہے، یعنے مبعد ابہام الید اور مقابل ابہام الید عضلات میں۔ اس طرح مقرب ابہام الید کا کعبری کنارا ابھر آتا ہے، اور ابہامی تودہ کے بیرونی حصے کا جس کرنے پر بعد رسغی ہڈی بہ آسانی محسوس ہوتی ہے۔ جو حرکات ماؤف ہوتے ہیں وہ انگوٹھے کی تبعید (جو اس مستوی میں واقع ہوتی ہے جو کہ ہتھیلی سے زاویہ قائمہ پر واقع ہے) اور اس کا مقابلہ ہے۔ دوسری قسم میں ہاتھ کے تمام عضلات مساوی طور پر ماؤف ہوتے ہیں، چنانچہ اس حالت کو مترقی عضلی ذبول (progressive muscular atrophy)، نخاعی جوفیت (syringomyelia) اور شلل عصب زندی (ulnar nerve palsy) سے متفرق کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ پیش بازو کے زندی کنارے کے

برابر برابر حس پذیری میں کچھ کمی موجود ہو ۔ لیکن یہ کمی ہمیشہ نہیں ہوتی ۔ ۲۵ فیصدی اصابتوں میں عروقی علامات بھی واقع ہوتی ہیں ۔ ممکن ہے کہ یہ نبض کعبری کی تخفیف یا انطماس



تصویر ۲۸ ۔ عصب نسائی کے ضرر کے بعد احساس کا فقدان ۔ کمل بے حسی درد کے رقبہ جات سیاہ رنگ کے ہیں اور ہلکے چھونے پر عدم حاسیت کے رقبہ جات مسلسل خطوط کے اندر گھرے ہوتے ہیں ۔ (ہیڈ Head: اور شیرن Sherren: کی تقلید میں) ۔

کی شکل اختیار کریں اور زیر ترقوی شریان پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے ہوں ۔ یا ممکن ہے یہ مشارکی ریشوں کی اذیت کی وجہ سے پیدا ہوں اور ایسے وعاحرکی تغیرات کے طور پر ظاہر ہوں جیسے کہ ہاتھ کی تمتماہٹ، حرارت یا ورم ۔ متعدد اصابتوں میں شریان کعبری کی علقیت کا ہونا مندرج ہے، جو اوپر جا کر زیر ترقوی شریان تک پھیل گئی ۔ ۵ فیصدی اصابتوں میں تسلسل یا عدم حسیت کی علامات کے بغیر عروقی تغیرات کا ہونا مندرج ہے ۔ عنقی مشارکی کے ریشوں پر دباؤ پڑنے سے حسی حدقی علامات بھی پیدا

ہو سکتی ہیں۔

اگر غیر طبعی پسلی بڑی ہے تو وہ حس ہو سکتی ہے، اور اس کی موجودگی عموماً اشعاع سے ظاہر ہو جاتی ہے۔ لا اشعاع سے یہ حالت اکثر اوقات دو جانبی ظاہر ہوتی ہے خواہ علامات ایک ہی جانب پر محدود ہوں۔ یہ جاننا اہم ہے کہ پسلی کی ضخامت، جیسی کہ لا اشعاع سے ظاہر ہوتی ہے، علامات کی شدت کے ساتھ کوئی نسبت نہیں رکھتی 648
اور علامات اس لیفی بند کے دباؤ کے باعث ہو سکتی ہیں جو ساتویں عنقی فقرہ پر کلاں شدہ منقدم درنہ سے نکل کر پہلی پسلی کے ساتھ چسپیدہ ہونے کے لئے جاتا ہے کبھی کبھی زیر ترقوی شریان گردن میں اتنی بلند اٹھی ہوئی ہوتی ہے کہ ترقوہ سے اوپر ایک نابض ورم پیدا کر دیتی ہے، جس پر ایک انورسما کا دھوکا لگ سکتا ہے۔

شعاع نگاری تجربے سے ظاہر ہوا ہے کہ عنقی پسلیاں ایسے اشخاص میں عام ہیں جن میں کوئی بھی علامات ایسی نہیں ہوتیں جو ان کی موجودگی سے منسوب کی جا سکیں۔ لہٰذا تشخیص میں دوسرے امکانات کو خارج از بحث کرنے کا خیال رکھنا چاہئے۔

علاج پسلی کا استیصال کرنا ہے، یا آرام لینا اور شغل کا بدل دینا۔

عصب نسائی

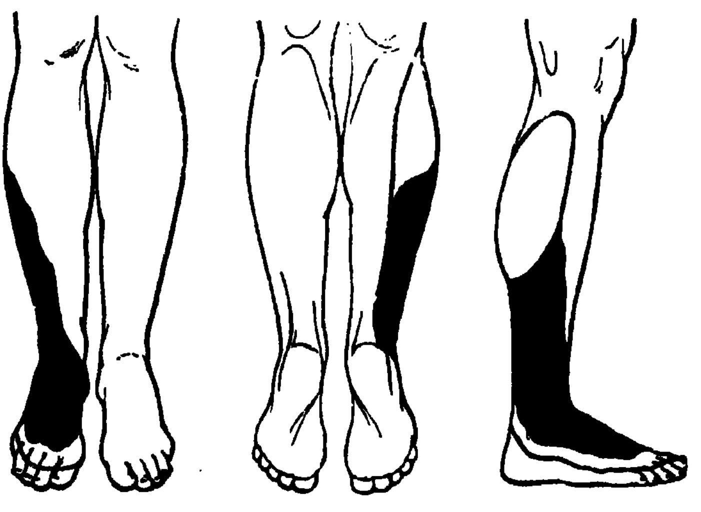
(sciatic nerve)

جارحہ زیرین میں نہایت عام شلل وہ ہے جو جزءً یا کلاً عصب نسائی کے مرض کے باعث ہوتا ہے۔ یہ شلل حوض میں رسولیوں یا مرض زدہ ہڈی کو لھے کے جوڑ کے خلع یا ران میں زخموں، رسولیوں یا عصبی سلعہ کے باعث ہو سکتا ہے۔ عصبی التہاب نسبۃً عام ہوتا ہے اور عرق النساء (sciatica) کی تمام نہیں تو بیشتر اصابتیں اسی سے منسوب کی جاتی ہیں۔ ران کی بالائی تہائی سے اوپر عصب نسائیہ کے تنہ کے ضرر میں علاوہ ان عضلات کے جو کہ وہ پلفی شاخوں کے ذریعہ ماؤف ہوتے ہیں، ٹانگ کو ران پر خمیدہ کرنے والے عضلات ماؤف ہوتے ہیں۔

بیرونی مابضی (شظی) عصب

[external popliteal (peroneal) nerve]

جس طرح کہ کہنی کے قریب عصب زندی کھلا ہوا محل وقوع رکھتا ہے، اسی طرح گھٹنے کے قریب یہ عصب بھی کھلا ہوا محل وقوع رکھتا ہے۔ اس کے اضرار عضلہ قصبیہ مقدمہ، عضلات شظیہ، پاؤں کی انگلیوں کے باسطات طویلہ، اور پاؤں کی پشت پر کے باسطات قصیرہ کا شلل پیدا کردیتے ہیں۔ جب پاؤں کو زمین سے اٹھایا جائے تو وہ نیچے لٹک پڑتا ہے (سقوط القدم : foot-drop)، اور جب مریض بستر پر ہوتا ہے تو پاؤں بسط شدہ رہتا ہے۔ پاؤں اور انگلیوں کی ظہری خمیدگی، اور پاؤں کی تبعید اور اس کے بیرونی کنارے کا ارتفاع ناقص یا ناممکن



تصویر ۳۰۰۔ بیرونی مابضی عصب کے ضرر کے بعد احساس کا فقدان۔
(ہیڈ کی تعلیل میں)۔

ہوتا ہے۔ مقدم قصبی عضلات اور باسطہ قصیرہ کی لاغری دوسری ٹانگ کے ساتھ

مقابلہ کرنے سے شناخت ہوسکتی ہے۔ پرانی اصابتوں میں بالخصوص جاذبہ کے اثر سے خاص کر جب کہ مریض بستر میں لیٹا ہو، پاؤں کی مستقل بسط شدگی رکج پائی (talipes = پیدا ہوجاتی ہے۔ عدم حسیت ٹانگ کے بیرونی نصف اور پاؤں کی پشت کو ماؤف کرتی ہے (ملاحظہ ہو تصویر ۸۳)۔

اندرونی مابضی عصب

(internal popliteal nerve) 649

پاؤں کی بسط شدگی (اخمصی خمیدگی) اور انگلیوں کی خمیدگی عمل میں نہیں لائی جاسکتی۔ مریض خود کو اپنی انگلیوں پر اٹھا نہیں سکتا اور نہ پاؤں کی تقریب عمل میں لاسکتا ہے۔ پرانی اصابتوں میں ممکن ہے کہ عقبی کج پائی (talipes calcaneus) اور قریبی سلامیات کی بیش بسط شدگی اور دوسری اور تیسری سلامیات کی خمیدگی کے باعث ایک قسم کا مخلبی قدم (claw-foot) نمو یاب ہوجائے۔ عدم حسیت تلوے اور اس کے بیرونی کنارے پر بیرونی ٹخنے تک ہوتی ہے (تصویر ۸۴)۔

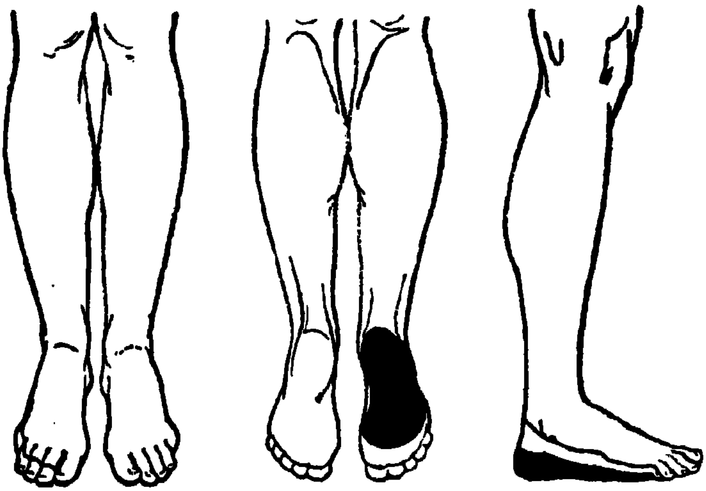
عرق النسا

(sciatica)

التہاب عصب نسائی (عرق النسا)۔ عصب نسائی، قطنی عجزی ضفیرہ میں اس کا مبداء، اور اس سے اوپر چوتھی اور پانچویں قطنی اور پہلی عجزی جڑیں کہ جن سے وہ ماخوذ ہے، التہاب العصب سے نہایت اکثر متاثر ہوجاتی ہیں۔ ہر حالت میں علامات ایک سی ہوتی ہیں جن کو بالعموم لفظ عرق النسا سے تعبیر کیا جاتا ہے۔

بحث اسباب۔ عرق النسا کی تسبیب کے متعلق کسی قدر اختلاف رائے ہے۔ بالعموم یہ امر تسلیم کیا جاتا ہے کہ عارضہ کی نوعیت التہابی یعنی پارتیتی ہے، لیکن با ایں ہمہ اکثر اصابتوں میں سبب غیر واضح ہوتا ہے۔ یہ نوجوانوں کی نسبت ادھیڑ عمر کے اور معمر اشخاص کو متاثر کرنے کا زیادہ رجحان رکھتا ہے، اور بحیثیت مجموعی

ان لوگوں میں عام نزر ہے جن کے پیشے میں جھکنا اور موسم میں تکشف ضروری ہے، مثلاً باغبانوں میں جیسا کہ التہابی لیفی عوارض میں عام طور پر ہوتا ہے، جراثیمی اور تحولی سموم



تصویر ۴۸ - پچھلے تصبیتی عصب کے ضرر کے بعد احساس کا فقدان۔
(ہنیڈ کی تقلید میں)۔

بھی اتنے ہی قصور وار قرار دئے گئے ہیں۔ بعض مثالوں میں عصب کا ناگہانی کھنچاؤ، جیسا کہ جھکنے اور بھاری وزن اٹھانے میں پیدا ہو سکتا ہے، واحد سبب معلوم ہوتا ہے۔

چونکہ التہاب عصب نسائی ایک سلیم مرض ہے، لہذا بعد الموت تفتیش کے لئے بہت کم مواقع ہیں، لیکن بعض اصابتوں میں جن میں عصب کا معائنہ دوران زندگی میں کیا گیا ہے یہ سرخ اور متورم نظر آیا ہے، اور ایک اصابت میں جس کی اطلاع ڈینی براون (Denny-Brown) نے حال ہی میں دی ہے خرد بینی امتحان سے عصبی ریشوں کے درمیان اور عصبی غلاف کے اندر کی فضائیں رشحہ سے بھری ہوتی ہیں۔

عرق النسا کے کئی ایک مریضوں میں زمانہ ماضی میں درد کمر، قطنی التہاب لیفی

(lumbar fibrositis = کے مکرر حملوں کی سرگزشت حاصل ہوئی ہے، اور عرق النسا
کے حملے سے ذرا پہلے درد کمر کا حملہ ہونا غیر عام نہیں ہے۔

علامات۔ عرق النسا کی خاص علامت درد ہے، جو عصب کے تنے یا اس کی شاخوں میں محول ہوتا ہے۔ اعظم درد کے مقامات بالعموم نسائی گٹاؤ کا
قرب وجوار ران کی پشت اور پنڈلی ہے۔ درد مستمر، سوزشی یا قارض نوعیت 650
کا ہوتا ہے۔ بالعموم یہ ہمیشہ موجود رہتا ہے، لیکن اشتدادات کے ساتھ، جن کو درد کی لہروں کے طور پر بیان کیا جاتا ہے اور جو بسا اوقات رات کے وقت اپنی انتہا پر ہوتے ہیں۔ درد ہر اس چیز سے بڑھ جاتا ہے جو عصب پر کھنچاؤ یا دباؤ پڑنے کا موجب ہو، اور حرکت سے زیادہ شدید ہو جاتا ہے۔ تاہم بعض اوقات یہ اس وقت جب کہ مریض ادھر ادھر چلتا پھرتا رہا ہو کم ہو جاتا ہے، اور آرام کے بعد حرکت کرنے پر اپنی انتہا پر ہوتا ہے۔ جھنجھناہٹ کی شکل میں فسادات حسی ہمیشہ نہیں پائے جاتے، اور جب وہ پائے جاتے ہیں تو وہ بالعموم شظی عصب کی توزیع تک محدود ہوتے ہیں۔

ایلیمیت کے نقاط عام طور پر نسائی گٹاؤ پر، شظیہ کی گردن پر اور پنڈلی میں پائے جاتے ہیں۔

حرکی وظائف شاذ ہی شدت کے ساتھ متاثر ہوتے ہیں۔ بالعموم الویات اور پنڈلی خفیف طور پر لاغر ہوتے ہیں، اور بعض اوقات آخر الذکر میں ریشکی انقباض پایا جاتا ہے۔ شاذ طور پر ان عضلات کا کہ جن کو شظی یا موخر قصبتی اعصاب سے رسد پہنچتی ہے، شلل پایا جاتا ہے۔ اکثر اصابتوں میں کبھی جھٹکا کم ہو جاتا یا زائل ہو جاتا ہے، لیکن ایک شدید التہاب عصب نسائی میں بھی ممکن ہے وہ باقی رہے۔ بعض اوقات عصب نسائی کے ساتھ ساتھ مقدمی فخذی عصب یا اس کی جڑیں بھی ماؤف ہو جاتی ہیں اور نتیجۃً درد اسی توزیع میں پھیل جاتا ہے۔ اور رکبی جھٹکا کم ہو جاتا ہے۔ لاسیگ (Lasègue
کی امارت، جو کہ بسا اوقات نسائی التہاب عصب کے لئے بطور ایک کاشفہ کے استعمال کی جاتی ہے، اس طرح ظاہر ہوتی ہے کہ جب گھٹنے کو بسط رکھ کر ورکی مفصل کو مجہول طور پر خمیدہ کیا جائے تو عصب کے ممر میں درد کی شکایت کی جاتی ہے۔ اس کاشفہ کو

احتیاط کے ساتھ عمل میں لانا چاہئے، کیونکہ اس سے درد کا سخت اشتداد واقع ہونے کا امکان ہے۔

تشخیص عصب یا اس کی جڑوں پر قرب وجوار کے مرض کا دباؤ، مثلاً خنزیہ، وضعی مفصل، حوض یا فقری عمود کا التہاب یا تو بالیدیں، عصب یا قطنی عجزی ضفیرہ کے سلعات، ذنب الفرس کو متاثر کرنے والے سلعات یا آتشکی التہاب، نسائی عصب کے مرمیں دردپیدا کر سکتے ہیں۔ لہٰذا تاوقتیکہ مریض کا محتاط سریری امتحان مجموعی طور پر نہ کیا جائے کہ جس میں تنقیبی امتحان بھی شامل ہے، عرق النسا کی تشخیص کا فیصلہ نہیں کیا جا سکتا۔ ایک ایسے مریض ہیں کہ جس کو کسی حصہ میں خبیث بالیدرہ چکی ہے، نسائی درد کے ہمیشہ یہی معنی ہوں گے کہ شوکہ یا حوض میں اب وہ عود کر رہی ہے، خواہ لاشعاعیں اس کو پہلے پہل نہ بھی ظاہر کر سکیں۔ عصب یا اس کی جڑوں پر دباؤ پڑنے کی حالت میں بالعموم درد کے ساتھ متناظر توزیع میں حسی فقدان بھی واقع ہوتا ہے، اور عرق النسا سے تمیز کرنے میں یہ ایک مفید نکتہ ہے۔ ذنب الفرس کے اضرار کے نتیجہ کے طور پر دوجانبی توزیع میں درد، حسی نقص اور کبھی جھٹکوں کا نقصان، اور اس کے ساتھ عاصری اقتدار کی کمی پائی جاتی ہے جب ایسے ضرر کا شک گزرے تو قطنی کچو کا عمل میں لانا چاہئے۔ ایک آتشکی اصابت میں سیال میں خلیات کی تعداد میں زیادتی، پروٹین میں بلندی، اور رواز رمن مثبت پایا جائے گا۔ ذنب الفرس کے سلعہ کی حالت میں سلعہ سے نیچے کا سیال ہمیشہ پروٹین کی بڑی افراط پر مشتمل ہوتا ہے۔

انذار۔ عرق النسا کا آغاز آہستہ یا حاد ہوتا ہے، اور اس کا مرتغیر پذیر ہے۔ ایک خفیف حملہ مناسب علاج کرنے پر دو تین ہفتے میں فرو ہو جاتا ہے، اور ایک شدید حملہ چھ یا نو ماہ تک جاری رہ سکتا ہے۔ صحتیابی ہونا عام ہے، لیکن اسی جانب یا مخالف جانب عود ہونا غیر عام نہیں۔

علاج کا اہم ترین جزو آرام ہے، اور بجز خفیف ترین اصابتوں کے تمام اصابتوں میں بستر پر آرام کرنا مناسب ہے۔ حرکت ربائی کے بہت سے طریقوں کی آزمائش کی گئی ہے مثلاً پلاسٹر آف پیرس کی پٹی (plaster of Paris bandage) یا طویل لسٹنی جبیرہ (long Liston splint)۔ تاہم عام طور پر بہترین یہی ہے کہ مریض کو اپنے بچھے دو تخت

معلوم کرنے کا موقع، پا جائے کہ جس سے اس کو زیادہ سے زیادہ تسکین حاصل ہوتی ہے، اور بے چینی کو واقعات درد، اور مسکنات کے ذریعہ قابو میں لایا جائے۔ اس مقصد کے لیے ایک آمیزہ جس میں ۱۰۔۱۵ گرین پوٹاسیم برومائیڈ اور ۸ منم ٹنچر جلسیمائی (tr. gelsemii) شامل ہو، دن میں تین مرتبہ دینا چاہیے۔ شدید درد کی تسکین کے لئے ایک برشامہ جس میں اسپرین (aspirin)، فینسٹین (phenacetin) اور پرامیڈان، (pyramidon) ہر ایک کے پانچ پانچ گرین شامل ہوں، عندالضرورت دیا جاسکتا ہے، اور درد کے انتہائی درجوں کے لئے اس کی تکمیل ایک برشامہ سے کرنی چاہیئے جس میں اسپرین اور فینسٹین کی وہی خوراک ہو اور اس کے ساتھ ہیروئن ہائیڈروکلورائیڈ کا ½ گرین موجود ہو۔ آخرالذکر کو بالعموم ۲۴ گھنٹے میں ایک مرتبہ سے زیادہ نہ دینا چاہیئے، اور اس کو بیماری کی شدید ہیئت کے لئے محفوظ رکھنا چاہیئے۔ گاہے گاہے مارفیا کے زیر جلدی اشراب کی ضرورت ہوسکتی ہے۔

حرارت ایسی شکلوں میں، کہ جن کا استعمال مریض کے آرام میں خلل ڈالے بغیر کیا جاسکے نہایت مفید ہے، مثلاً گرم پانی کی بوتلیں یا برقی طور پر گرم کیا ہوا گدا جو درد ناک مقامات پر مسلسل لگایا جائے۔ 651

محدش متقابل کے طور پر رائی کا پتا، جو درد کے مقام پر اس طرح لگایا جائے کہ اس کے اور جلد کے درمیان تین چار تہیں رومال کی ہوں، بسا اوقات مفید ہوتا ہے۔ اس طرح کے استعمال پر اگر اس کو چھ یا آٹھ گھنٹے تک اسی جگہ پڑا رہنے دیا جائے تو بھی آبلہ پیدا نہیں ہوتا، اور جونہی کہ جلد کی حالت اس کی اجازت دے اس عمل کا تکرار کیا جاسکتا ہے۔ برقی حرارت رسانی اور گیلوانیت بھی تسکین اثر رکھتے ہیں۔

بالعموم مریض کو بستر سے اتر کر بیت الخلا یا چوکی (commode) تک جانے کی اجازت دی جاسکتی ہے۔ لیکن اگر اس درجہ کے آرام کے باوجود چند دن کے بعد درد بلا تخفیف جاری رہے تو مریض بستر میں مسلسل رکھا کر کی جاتی ہے۔

لکوئڈ پیرافن (liquid paraffin) کے ذریعے اجابتوں کو نرم رکھنا چاہیئے۔

وقتاً فوقتاً مختلف معاون طریقہ ہائے علاج تجویز کئے گئے ہیں جن کا مقصد عصب یا اس کی جڑوں کو کھینچنا اور اس طرح انضمامات کو توڑنا ہے۔ حاد درجہ میں ان سے احتراز کرنا لازم ہے۔ اور آخری درجہ میں جب کہ رفتار صحت تسلی بخش ہو قدرتی طور پر ان سے اجتناب کیا جائے گا۔ تاہم بعض اصابتوں میں ایک نقطہ ایسا آتا ہے کہ مریض درد سے مبرا ہوتا ہے الا حرکت کے دوران میں یا حرکت کے بعد اور کبھی وہ اصابتیں ہیں کہ جن میں کھنچاؤ مفید ہو سکتا ہے۔ جو طریقے مستعمل ہیں وہ نسائی کناؤ کے نیچے عصبی تنے میں مائع کا انشراب کرنا، عجزی عصعصی سوراخ کی راہ سے برجا فی فضا (epidural space) کے اندر تناؤ کے تحت مائع کا انشراب کرنا، یا عمومی عدم حسیت کے تحت تناؤ جارحہ اور زیرین پشت کی دست ورزی کرنا ہے۔ راقم الحروف کی رائے میں آخر الذکر طریقہ سب سے زیادہ کامیاب ہوا ہے، لیکن اس کو منتخبہ اصابتوں کے لئے محفوظ رکھنا چاہیئے۔

عرق النسا کے اکثر مریض آرام، حرارت، مسکنات اور دافعات درد کے ذریعہ کامل طور پر صحتیاب ہو جاتے ہیں، بشرطیکہ ان کو اس علاج میں استقامت کی ترغیب دی جا سکے۔ آرام کو سختی کے ساتھ برقرار رکھنا چاہیئے یہاں تک کہ مریض درد سے معقول طور پر مبرا ہو جائے، جس کے چند دن بعد حرکت کی آزادی دینی چاہیئے اور پھر یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ حرکت کی وہ قسم جو اسی وقت درد پیدا نہیں کرتی ممکن ہے بعد میں درد پیدا کرے۔ لہذا نقاہت کے راستے پر احتیاط سے قدم رکھنے کی ضرورت ہے۔ کچھ مدت تک جھکنے کی حرکات سے احتراز کرنا چاہیئے اور بیٹھنے میں دباؤ سے بچنے کے لئے ایک گدیلہ (cushion) یا ربڑ کا حلقہ استعمال کرنا چاہیئے۔ نقاہت کے آخری درجہ میں جارحہ کے وظیفے کو بحال کرنے اور ناقص وضع کی تصحیح کرنے کے لئے دلک اور ورزش ضروری ہیں۔

عرق النسا کی تسبیب میں ماسکی عفونت کا کیا حصہ ہے، یہ امر مشکوک ہے۔ سرایت زدہ دانتوں یا لوزتین سے کوئی مداخلت اثنائے حملہ میں نہ کرنا چاہیئے لیکن عود کو روکنے کے مقصد سے بعد ازاں ان کا تدارک کیا جا سکتا ہے اور اسی مقصد کو پیش نظر رکھ کر غذا اور نظام غذائی میں ترمیمات کا مشورہ دیا جا سکتا ہے۔

وجع الفخذ فاسد الحس (meralgia paræsthetica)- یہ قطنی ضفیرہ کے بیرونی جلدی عصب کا مرض ہے، جو غالباً التہابی ہوتا ہے۔ علامات حسب ذیل ہوتے ہیں:۔ درد، جو بعض اوقات چلنے سے پیدا ہو جاتا ہے اور کبھی اس وقت جبکہ مریض خاموش لیٹا ہوا یا بیٹھا ہوا ہے؛ اور غیر طبعی احساسات، جیسے کہ سن پن، اتنکاک، سردی کا احساس، جکڑا کا سوزشی احساس جو ران کے سامنے کے اور بیرونی حصے میں مندرجہ بالا عصب کی توزیع میں محسوس ہوتے ہیں۔ اسی رقبہ پر حس پذیری میں کچھ ترمیم موجود ہوتی ہے، یعنی بیش حسیت، یا زیادہ اکثر عدم حسیت؛ یا درد، حرارت یا برودت کے احساس میں تفاوت۔ بیشتر اصابتوں میں اگلے بالائی حرقفی شوکہ کے نیچے، جہاں عصب ردائے فخذی میں سے باہر نکلتا ہے، دبانے سے الیمیت محسوس ہوتی ہے۔ یہ حالت عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہے، اور مختلف اصابتوں میں تضرر اور سمی اور ساری عوامل کی طرف منسوب کی گئی ہے۔ اس کے علاج کے لئے آرام، گرم غسل اور مخدشات متقابل آزمانے چاہئیں۔

مزمن اصابتوں میں ممکن ہے کہ ردائے فخذی میں جو فتحہ ہے اس کے لیفی تضیق سے عصب تختنق پایا جائے؛ اور اس حالت میں ایک خفیف عملیہ کے ذریعے ردائے فخذی میں کے مجری کو چیر کر عصب کو دباؤ سے چھڑا دینے سے آرام حاصل ہو جائے۔

کثیر عصبی التہاب

(multiple neuritis)

(کثیر عصبی التہاب = polyneuritis، التہاب اعصاب محیط = peripheral neuritis)

بحث اسباب۔ یہ صرف اصابتوں کی اقلیت ہی میں ہوتا ہے کہ سبب متعین طور پر معلوم ہو سکتا ہے۔ خاص اسباب کی تقسیم حسب ذیل کی جا سکتی ہے:۔ (۱) وہ سموم جو جسم کے اندر باہر سے داخل ہو گئے ہوں۔ ان میں الکحل اور سنکھیا سب سے زیادہ معلوم اسباب 652
ہیں۔ کاربن بائی سلفائیڈ، کاربن مان آکسائیڈ اور ڈائنائٹروبنزال (dinitro-benzol) بھی سبب مرض ہو سکتے ہیں۔ سیسہ بھی اکثر اسی زمرہ میں شامل کیا جاتا ہے، لیکن وہ زیادہ تر عضلی ریشہ پر راست اور اگلے قرن کے خلیوں پر اثر کرتا ہے (صفحہ 588)۔ (۲) وہ سموم

جو جسم کے اندر پیدا ہو جاتے ہیں۔ ان میں سب سے زیادہ عام بیش شکر و موبت سے جو ذیابیطس میں پیدا ہو جاتی ہے۔ اس زمرہ میں بیری بیری بھی شامل کیا جا سکتا ہے، اور اسی طرح وہ شاذ شائیں بھی جن میں کثیر عصبی التہاب اور ہیمیٹو پارفِن بولیت (hæmatoporphyrinuria) یکجا پائے جاتے ہیں۔ نامعلوم اصل کی متعدد اصابتیں غالباً ان سمیات سے پیدا ہو جاتی ہیں جو ناقص تحول کی وجہ سے جسم کے اندر پیدا ہو جاتے ہیں، اور ان اصابتوں کو بعض اوقات "نقرسی" ("gouty") یا "رثیتی" ("rheumatic") کہا جاتا ہے۔ (۳) جراثیمی سمیات۔ ان کی عام شال خناق وبائی ہے، لیکن کثیر عصبی التہاب بہت سے دوسرے ساری حمیات کی شاذ پیچیدگی کے طور پر بھی مندرج ہے۔ (۴) ضعفی حالتوں (cachetic states) میں، جیسی کہ مرض خبیث اور تدرن کے ساتھ دیکھی جاتی ہیں، کثیر عصبی التہاب پیدا ہو جانے کی خاص استعداد معلوم ہوتی ہے۔

مرضی تشریح۔ ممیز تصویر یہ ہے کہ عصبی رشتوں میں انحطاطی تغیرات ہوتے ہیں اور عصبی غلافوں کی کوئی ماؤفیت نہیں ہوتی۔ چنانچہ برہنہ آنکھ کو کوئی غیر طبعی امر نہیں نظر آتا لیکن طریقۂ مارچی (Marchi method) سے خردبینی امتحان کرنے پر مائلینی غلاف کی تجزی اور شحمی انحطاط ظاہر ہوتا ہے۔ محوراسنوانے کمتر ماؤف ہوتے ہیں۔ انحطاطی تغیرات محیطی عصبی شاخوں میں نہایت نمایاں ہوتے ہیں، اور جوں جوں ہم نخاع سے قریب تر جاتے ہیں یہ تغیرات خفیف تر ہوتے جاتے ہیں، اور اگلی جڑیں عموماً طبعی ہوتی ہیں۔

علامات۔ کثیر عصبی التہاب کی سریری تصویر کارفرما سبب کے لحاظ سے کسی قدر مختلف ہوتی ہے۔ ذیل کے بیان کا اطلاق اصابتوں کی اکثریت پر ہوتا ہے۔

آغاز مرض عموماً تدریجی ہوتا ہے اور اس کے ساتھ ہاتھ اور پاؤں کی انگلیوں میں "جھنجھناہٹ" یا "تنکاک" کی شکایت ہوتی ہے۔ یہ آدمی کے یہ موضوعی احساسات بتدریج اوپر کی طرف پھیلتے ہیں لیکن گھٹنوں اور کلائیوں سے اوپر نہیں بڑھتے۔ ان کے ساتھ عموماً ٹانگ اور پیش بازو کے عضلات میں کبھی کبھی درد ناک "اینٹھن" ہوتی ہے۔ بالعموم حسی اختلال کے بعد حرکی علامات نمودار ہو جاتے ہیں، کمزوری، بالخصوص پاؤں کے ظہری خم کن عضلات

کی موجود ہوتی ہے حس کی وجہ سے سقوط القدم ہوتا ہے اور چلنے میں گھٹنے اونچے اٹھائے جاتے ہیں تاکہ پاؤں کی لٹکی ہوئی انگلیاں زمین کو نہ لگنے پائیں (بلند قدمی چال یا "steppage gait")۔ ہاتھ کی انگلیوں کی حرکت کمزور پڑ جاتی ہے چنانچہ ان کی گرفت ڈھیلی پڑ جاتی ہے اور نازک حرکات کا عمل میں لانا (مثلاً بٹن لگانا) غیر ممکن ہو جاتا ہے۔ اگر یہ کمزوری ہاتھوں میں اور اوپر بڑھتی ہے تو عموماً اس کے بعد کلائی کے عضلات باسطہ ماؤف ہو جاتے ہیں اور سقوط رسغ ("wrist-drop") پیدا ہو جاتا ہے۔ ماؤف جوارح میں دوران خون اکثر کمزور ہو کر وہ ٹھنڈے اور نیلے ہو جاتے ہیں۔

امتحان کرنے پر پایا جاتا ہے کہ جن رقبوں میں سن پن اور جھنجھناہٹ کی شکایت ہوتی ہے ان میں جلدی حس پذیری کم ہو جاتی ہے اور یہ کمی جوں جوں ہم محیط سے اوپر کی طرف بڑھیں کمتر ہوتی جاتی ہے۔ عمیق حس پذیری نسبتہً کم ماؤف ہوتی ہے، اور عضلات دبانے سے اکثر غیر معمولی طور پر الیم ہوتے ہیں، کمزور شدہ عضلات ڈھیلے ہوتے ہیں، اور اگر مرض دو یا تین ہفتوں سے زائد موجود رہا ہے تو عضلات لاغری ظاہر کرتے ہیں، جو ہاتھ پاؤں کے چھوٹے عضلات اور پنڈلیوں میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔ مرض کے ابتدائی ترین درجہ میں وتری جھٹکے عارضی طور پر زیادہ ہو جاتے ہیں۔ ازاں بعد وہ کم یا غائب ہو جاتے ہیں، اور بالعموم سب سے پہلے ٹخنے کے جھٹکے غائب ہوتے ہیں۔ اگر اصابت شدید ہے تو اس کے بعد گھٹنے کے جھٹکے غائب ہوتے ہیں، اور اگر بالائی جوارح وسیع طور پر ماؤف ہوئے ہیں تو عضلات بالا کے جھٹکے بھی ماؤف ہو جاتے ہیں۔

علامات عموماً متشاکل ہوتے ہیں، لیکن ممکن ہے کہ ایک جارحہ میں دوسروں سے پہلے شروع ہو جائیں۔ بالعموم بالائی جوارح کے نسبت زیرین جوارح زیادہ شدید طور پر ماؤف ہوتے ہیں۔

جسمی اعصاب غیر ماؤف ہوتے ہیں اور عاصری اقتدار کا فقدان نہیں ہوتا۔

لیکن بعض اصابتوں میں گو ابتدا میں شکایتیں زیادہ تر مماثل ہوتی ہیں، سریری تصویر مختلف شکل میں نمویاب ہوتی ہے۔ عمیق حس پذیری (جس میں حس وضع اور حرکت مجہول، اور ارتعاشی حس شامل ہے) وسیع طور پر ماؤف ہو جاتی ہے، اور عضلی کمزوری زیادہ وسیع اور زیادہ مساوی طور پر توزیع یافتہ ہوتی ہے ایسی حالت میں

مریض اپنی حرکات کی مقدار اور سمت کا اندازہ کرنے میں دقت محسوس کرتا ہے۔
اسی واسطے وہ اپنی چال میں لڑکھڑاتا ہے اور اپنے زیریں جوارح کو اس طرح ادھر
653 ادھر پھینکتا ہے کہ جس سے ہزال نخاع کی یاد تازہ ہوتی ہے۔ اس سریری قسم کو
ھرجلی کثیر عصبی التہاب (ataxic polyneuritis) کہتے ہیں اور اس کی وجہ
غالبًا یہ ہے کہ سمی اثر نخاع کے پچھلے اسنوانوں تک پھیل جاتا ہے۔

کثیر عصبی التہاب کے ساتھ بعض اوقات ذہن کی ایک عجیب اور مخصوص حالت
پیدا ہو جاتی ہے، جو الکحلی کثیر عصبی التہاب میں سب سے زیادہ کثیر الوقوع ہے، لیکن جیسا کہ
کورسا کاؤ (Korsakow) نے مشاہدہ کیا ہے، وہ اس کثیر عصبی التہاب میں بھی واقع
ہوتی ہے جو دوسرے سمی اسباب (نفاسی عفونت الدم: puerperal septicæmia،
تپ محرقہ، انفلوئنزا) سے پیدا ہو جاتا ہے۔ اسی واسطے اس نے اسے کثیر عصبی التہابی
داء النفس (psychosis polyneuritica) کے نام سے موسوم کیا اور وہ علامتیہ
کورسا کاؤ (Korsakow's syndrome) کے نام سے بھی مشہور ہے۔ مریض کو
تازہ واقعات کا حافظہ نہیں رہتا، وہ اس سے لاعلم رہتا ہے کہ کہاں اور کس جگہ پر
ہے، اس کی یادداشت غلط ہوتی ہے، اور ایسے واقعات بیان کرتا ہے جو کبھی ظہور
میں نہیں آئے۔ مثلاً وہ اپنا نام، اپنی عمر، یہ کہ ہفتہ کا کونسا دن ہے، یا وہ کہاں کا باشندہ
ہے نہیں بتلا سکتا۔ لیکن اس کے برعکس ممکن ہے کہ واقعات کے صریحًا خلاف،
وہ یہ کہے کہ میں ٹہلنے یا سوار ہو کر گیا تھا، یا میں فلاں دوستوں سے ملا۔ ممکن ہے کہ
ایک درجہ بڑگوئی بلکہ ہذیان کا ہو۔ لیکن ترقی یافتہ اصابتوں میں مریض انتہائی
بے حسی اور اپنے ماحول سے قطعی بے پروائی ظاہر کرتے ہیں۔

معلوم سبب کی اصابتوں میں اس بیان سے اختلافات واقع ہوتے ہیں،
جو بعض مثالوں میں مخصوص و ممیز ہوتے ہیں۔ ڈفتھریائی اور رصاصی تسمم کی اصابتیں
صفحات 65 اور 588 پر بیان کی گئی ہیں۔

الکحلی عصبی التہاب (alcoholic neuritis) مردوں کے نسبت
عورتوں میں زیادہ اکثر ہوتا ہے، اور عمومًا متواتر خفیف کثرت نوشی کی وجہ سے
پیدا ہو جاتا ہے۔ آج کل یہ اس ملک میں شاذ ہے بہ نسبت مزمن الکحلیت کے دوسرے

امارات، مثلاً سوء ہضم اور تلیف جگر (cirrhosis of the liver)، ممکن ہے کہ موجود نہ ہوں یا نہ ہوں۔ بالائی اطراف کے نسبت زیرین جوارح زیادہ شدت کے ساتھ ماؤف ہوتے ہیں اور ممکن ہے کہ تنہا ماؤف ہوں۔

پنڈلیوں میں دردناک اینٹھن کی شکایت اور دبانے سے انہیں حصوں کی الیمیت نمایاں علامات ہیں۔ جمجمی اعصاب میں عصب تائیہ کے بعض اوقات ماؤف ہونے سے دائمی سرعت قلب اور شاذ اصابتوں میں حنجری شلل پیدا ہوجاتا ہے۔ اکثر حرکات چشم کے رقص انقباض نما جھٹکے (غالباً حرکی اعصاب کی خفیف کمزوری کی وجہ سے) موجود ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ وجہی عضلات بھی ماؤف ہوں۔

سم الفاری عصبی التہاب (arsenical neuritis)۔ یہ بعض اوقات تجارتی سم الفار سے ملوث شدہ غذاؤں کے دوامی استعمال سے پیدا ہوجاتا ہے۔ ۱۹۰۰ء میں مانچسٹر اور انگلستان کے بعض دوسرے شہروں میں عصبی التہاب کی متعدد اصابتیں، جو ابتداءً کحول کی وجہ سے ہونا سمجھی گئی تھیں، بیئر (beer) بنانے کے وقت مستعملہ شکر میں سنکھیا کی آمیزش کے باعث واقع ہونا ثابت ہوئیں۔

حسی اور حرکی علامات کی توزیع اور صفات بیشتر وہی ہوتے ہیں جو الکحلی عصبی التہاب میں ہوتے ہیں، لیکن سم الفاری قسم میں جلد کی بیش حسیت نسبتہً زیادہ، وجہی عضلات اور زیرین بین الاضلاع عضلات کی ماؤفیت زیادہ کثیر الوقوع، ذبول نسبتہً جلد، تاہم آہنگی زیادہ کثیر الوقوع، اور ترقی مرض زیادہ سریع ہوتی ہے (Judson Bury)، اور دبانے سے عضلات کی انتہائی حساسیت (Reynolds) پائی جاتی ہے۔

ذیابیطسی عصبی التہاب (diabetic neuritis)۔ اگرچہ اس مرض میں کثیر عصبی التہاب کی پوری سریری تصویر مل سکتی ہے تاہم زیادہ عام طور پر یہ پایا جاتا ہے کہ ٹخنے اور گھٹنے کے جھٹکے کم یا غائب ہوتے ہیں اور کوئی حسی شکایت یا محدود المقام عضلی کمزوری موجود نہیں ہوتی۔ آخر الذکر حالت میں پچھلے ستونوں کا انحطاط پایا گیا ہے، جیسا کہ ہزال نخاع میں پایا جاتا ہے۔

حاد حموی یا سمّی کثیر عصبی التہاب (acute febrile polyneuritis)-

یہ کسی قدر شاذ مرض ہے، جس میں بیٹی اختلال کے ابتدائی علامات کے بعد جن کے ساتھ ممکن ہے تپ ہو یا نہ ہو، جلد ہی کثیر عصبی التہاب کے علامات پیدا ہو جاتے ہیں، اور کوئی سبب دریافت نہیں ہو سکتا۔ جمجمی اعصاب اکثر ماؤف ہو جاتے ہیں، بالخصوص ساتواں عصب، اور اگر، جیسا کہ اکثر ہوتا ہے، یہ مرض دو جانبی ہو تو ایک عجیب طور پر بے اظہار چہرہ پیدا ہو جاتا ہے۔ اوپری حس پذیری متاثر نہیں ہوتی اور نہ درد کوئی نمایاں علامت ہوتا ہے، لیکن ممکن ہے وضع اور حرکت مجہول کے حواس کا بہت فقدان ہو۔ کمزوری اس سے زیادہ وسیع اور زیادہ مساوی طور پر توزیع یافتہ ہوتی ہے کہ جتنی کثیر عصبی التہاب کی اکثر ایسی اصابتوں میں جو کہ معلوم زہروں سے پیدا ہوتی ہیں۔ بعض اصابتوں میں محیطی گروہ کے عضلات کی بجائے مرکزی گروہ کے عضلات ماؤف ہوتے ہیں۔ ابتدائی درجوں میں، اگر عضلات بلع ماؤف
354 ہوں تو شعبی ذات الریہ سے جان کا کچھ خطرہ رہتا ہے، لیکن دو یا تین ہفتوں کے بعد حالت میں برابر اصلاح ہونے لگتی ہے، اور کامل شفا کی توقع کی جا سکتی ہے۔

متلازم حالتیں۔ چوں کہ عصبی التہاب اکثر اوقات بیرونی زہروں (جیسے کہ الکحل، سم الفار، اور رصاص) سے پیدا ہو جاتا ہے، لہٰذا اس کے علامات کے ساتھ اکثر دوسرے علامات پائے جاتے ہیں جو مخصوص متعلقہ سم کے باعث ہوتے ہیں۔ مثلاً الکحلی اصابتوں میں کہبت جگر (cirrhosis of the liver) موجود ہو سکتی ہے۔ سم الفاری اصابتوں میں جلد کے مختلف اضرار، یعنی لونیت، سر حلمہ کی قرنیت (keratosis) یا بیش پرورش، احمرار (erythema) اور نملۂ منطقی (herpes zoster)- بیری بیری کے عصبی التہاب میں فشل قلب معہ اذیما کے موجود ہوتا ہے، جو کہ سم الفاری، الکحلی اور ڈفتھریائی اصابتوں میں بھی پایا جا سکتا ہے۔

تشخیص۔ کثیر عصبی التہاب کی ابتدائی علامات تحت الحاد مخلوط انحطاط (subacute combined degeneration) کی علامات سے قریبی طور پر مشابہت رکھتے ہیں۔ محیطی سن پن اور کمزوری، اور ٹخنے اور گھٹنے کے جھٹکوں کا فقدان

دونوں حالتوں میں مشترک ہوتا ہے۔ لیکن مخلوط انحطاط میں عموماً نخاع کے مرض کی علامتیں نطاقی درد، عاصری اختلال، یا باسط اخمصی مجیبتوں کی شکل میں موجود ہوتی ہیں۔ نخاع کی قطنی کلانی یا ذنب الفرس (cauda equina) کے اضرار بھی جوارح زیریں کی کمزوری پیدا کرسکتے ہیں جس کے ساتھ وتری جھٹکے غیر موجود ہوتے ہیں، لیکن یہاں بھی عاصری اختلال اور عدم حسیت کی قِلعاتی توزیع امتیازی امور ہوتے ہیں۔ بعض اصابتوں، بالخصوص ہر طلی قسم کے کثیر عصبی التہاب کی اصابتوں کو ہزال نخاع سے متفرق کرنا ضروری ہے۔ لیکن آخرالذکر مرض میں عموماً آلام صاعقہ کی سرگزشت ہوتی ہے؛ جو عصبی التہاب کی حسی شکایتوں سے مختلف ہوتی ہے، ٹانگوں کے ساتھ بازو شاذ ہی ماؤف ہوتے ہیں، اور پنڈلیوں کے عضلات الیم ہونے کے بجائے دبانے پر غیر معمولی طور پر غیر حساس ہوتے ہیں۔ ہزال نخاع کے دوسرے امارات، بالخصوص حدقاتِ آرگائل رابرٹسن (Argyll Robertson pupils) بھی تفریقی تشخیص کے لئے کارآمد ہوتے ہیں۔

ایک بچہ میں حاد حموی التہاب الاعصاب کثیر پر آسانی سے التہاب رماد الدماغ کا دھوکا لگ سکتا ہے، لیکن اول الذکر مرض میں کمزوری کی توزیع زیادہ تشاکل، اس کا درجہ زیادہ یکساں، اور اس کا نمو زیادہ آہستہ ہوتا ہے۔ غیر حموی یا سمی قسم کو، خاص طور پر اس وقت جب کہ آغاز نسبتہً آہستہ اور حسی اختلال خفیف ہو، حرکی عصبونی مرض (مترقی عضلی ذبول) سے متفرق کرنے کی ضرورت ہے۔

ایک نکتہ جو کہ تفریقی تشخیص میں اہمیت رکھتا ہے یہ ہے کہ کثیر عصبی التہاب کی اصابتوں میں، خاص طور پر حاد یا بسرعت ترقی کرنے والی شکلوں میں، دماغی نخاعی سیال میں بالعموم پروٹین کی بہت بڑی افراط ہوتی ہے گوکہ خلیات کی تعداد میں کوئی متناظر زیادتی نہیں پائی جاتی۔

اِنذار۔ اکثر اصابتیں، اس وقت جب کہ سبب مرض کو فوراً دور نہیں کیا جاتا، ابتدائی درجوں میں ہی مہلک ہو جاتی ہیں؛ یا نحول، یا قروح الفراش، یا سل ریوی کے باعث مہینوں کے بعد مہلک ہوسکتی ہیں۔ بہت سی اصابتوں میں علامات کا نمو بہ سرعت پہلے چھ یا آٹھ ہفتوں میں ہو جاتا ہے، اور پھر ممکن ہے کہ مریض کی حالت مہینوں تک

غیر مبدل رہے، یا اس میں نہایت آہستگی کے ساتھ اصلاح ہو جائے۔ ممکن ہے کہ سالہا سال کے بعد بھی شفایابی جزئی ہو لیکن الکحلی اور دوسری اصابتوں میں جہاں مرض حد سے زائد نہ بڑھا ہو اور جہاں سبب مرض کا کلی ازالہ کیا جا سکتا ہو، انذار نسبتہً زیادہ امید افزا ہوتا ہے اور دو ماہ سے لے کر چھ ماہ کے عرصے میں بتدریج شفا ہو جاتی ہے۔ نامعلوم الاصل والی اصابتوں میں عموماً شفا ہو جاتی ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ مرض پھر عود کر آئے۔ مرض کی مدت اس کی شدت کے لحاظ سے تغیر پذیر ہوتی ہے۔ جب خلل وسیع طور پر پھیلا ہوا اور شدید ہو تو شفایابی ایک سال یا زیادہ سے پہلے مکمل نہیں ہوتی۔

علاج۔ اگر کوئی بیرونی زہر (مثلاً الکحل یا سنکھیا) سبب مرض ہو تو اسے مریض سے دور رکھنا چاہیئے۔ ذیابیطس کی اصابتوں میں سبب کا علاج کرنا چاہیئے۔ حاد اور شدید اصابتوں میں بعض اوقات کامل آرام ضروری ہے، ابتداءً عضلی دردوں کی وجہ سے۔ جس قدر جلد ممکن ہو دلک اور فعال اور مجہول حرکات شروع کر دینی چاہئیں۔ نسبتہً کم شدید اصابتوں میں یہ تدبیریں شروع ہی سے اختیار کرنی چاہئیں۔ نہایت خفیف اصابتوں میں مریض کا بستر میں رہنا ضروری نہیں لیکن اسے متنبہ کر دینا چاہیئے کہ ماؤف جوارح میں تکان نہ ہونے دے۔ اکثر انقباضات کو روکنے کے لئے جبائر کی ضرورت ہوتی ہے۔ شدید اصابتوں میں انھیں مسلسل لگائے رکھنا چاہیئے۔ مرض کے مابعد درجے میں، یا نسبتہً کم شدید اصابتوں میں، یہی کافی ہوگا کہ انھیں صرف رات کے وقت لگایا جائے۔ جن عضلات کو بالارادہ ورزش دینا ممکن نہ ہو ان کو متہیج کرنے کے لئے برقی رو استعمال کرنی چاہیئے۔

جہاں تک ادویہ کا تعلق ہے، ابتدائی دردوں کے لئے اسپرین (aspirin) مفید ہے: جن اصابتوں میں نقرسی تسبیب کا شبہ ہو ان میں اٹوفان (atophan) دینا چاہیئے: اور دوران نقاہت میں اسٹرکنین (strychnine) کا آمیزہ تجویز کرنا چاہیئے۔ (نیز ملاحظہ ہو التہاب لیفی کا علاج)۔

655

محدود المقام عضلی تشنج

(LOCALISED MUSCULAR SPASM)

جسم کے کسی حصے کے مرض یا تضرر کی مجیبت کے جزو کے طور پر عضلات کا غیر ارادی تشنج واقع ہو سکتا ہے، اور یہ ایک سادہ حفاظتی منعکسہ ہوتا ہے جس کی غایت حرکت کو روکنا اور آرام پہنچانا ہے۔ مختلف الانواع عصبی امراض میں بھی جو اس کتاب کے دوسرے حصوں میں بیان کئے گئے ہیں تشنجی یا رجفی تشنج پایا جاسکتا ہے۔ لیکن بعض مثالوں میں محدود المقام عضلی تشنج ایک منفرد علامت کے طور پر واقع ہو سکتا ہے۔ ان میں سے دو، یعنی وجہی تشنج (facial spasm) اور ہچکی (hiccup) کے متعلق یہاں بحث کی جائے گی۔

وجہی تشنج (facial spasm)۔ یہ غیر واضح اصل کی ایک حالت ہے جو بعض اوقات ادھیڑ عمر سے زیادہ عمر والے اشخاص میں دیکھی جاتی ہے۔ تشنج جو بالخصوص رجفی قسم کا ہوتا ہے، پہلے عضلۂ محیطۂ جفنیہ (orbicularis palpebrarum) کو ماؤف کرتا ہے، لیکن عصب ہفتم سے رسد پانے والے دوسرے عضلات میں رفتہ رفتہ پھیل جانے کا رجحان رکھتا ہے تاہم عضلۂ جبہیہ اور عضلۂ محیطہ فمیّہ عموماً بچے رہتے ہیں۔ آرام کی حالت میں ممکن ہے کہ چہرے کی ماؤف جانب کا کسی قدر تشنجی فرط فعل ظاہر ہو لیکن فرائش پر جب مریض ارادی حرکت کرتا ہے تو یہ جانب کسی قدر زیادہ کمزور نظر آتی ہے۔ رجفی تشنج وقفہ دار اور غیر منظم ہوتے ہیں، اور تکان اور عصبی اضطراب سے زیادہ ہو جاتے ہیں۔ وہ بالکل بلا درد کے ہوتے ہیں، لیکن پریشانی و بے آرامی پیدا کر سکتے ہیں۔ ابتدائی حیثیت میں یہ حالت ہمیشہ یک جانبی ہوتی ہے لیکن ممکن ہے کہ بالآخر دوسری جانب کو بھی ماؤف کردے۔

تشخیص۔ یہ عصب ہفتم کی خراش کے ایسے جلی اسباب سے کرنی چاہیئے جیسے کہ جمجمہ کے اندر سلعات یا سحائی التہاب، عظمی مرض، یا بڑھے ہوئے غدود کا دباؤ۔ ان سے حقیقی وجہی تشنج کی تفریق اس کے طولانی بے درد مرسے اور دوسری

طبیعی امارات کی غیر موجودگی سے کی جاسکتی ہے۔

علاج ۔ ابتدائی یا خفیف اصابتوں میں دماغی بار سے اجتناب کرنے اور مسکنات مثلاً برومائڈ (bromide) یا لیومینال (luminal) کی خفیف مقداروں کے استعمال سے اس حالت میں تسکین ہوتی ہے۔ بہت سے اشخاص اس کی پروانہ کرنے کی عادت ڈال لیتے ہیں، گو یہ حالت شدید یا مسلسل ہو۔ ان اشخاص کے لیے جو وجہی تشنج کے بجائے وجہی شلل (facial palsy) کو گوارا کرنے پر راضی ہوں، عصب میں اس مقام پر جہاں وہ ابری حلمی سوراخ سے باہر نکلتا ہے الکحل کا اشراب کیا جاسکتا ہے۔ لیکن اس کا اثر بتدریج کم پڑجاتا ہے، اور اشراب ہر چھٹے یا بارہویں مہینے مکرر کرنا پڑتا ہے۔

ہچکی (hiccup)۔ یہ ڈایافرام کے ایک تشنجی انقباض کی وجہ سے ہوتی ہے، جس سے دفعتہً ایک شہیق واقع ہوجاتا ہے جس کو مزمار کی ناگہانی مسدودی منقطع کردیتی ہے۔ ہچکی عموماً کسی قابل شناخت سبب کے باعث ہوتی ہے، جو حشائی تمدد، ڈایافرام سے نیچے یا اوپر خراشش کی صورت میں ہوتا ہے۔ نیز یہ عصب حجابی کی خراشش سے، اور بعض اوقات نخاع یا نخاع مستطیل میں عصبی مرکزوں کے مرض یا تسمم سے پیدا ہوسکتی ہے۔ یہ بہت ہنسنے سے اور بعض اوقات بلا کسی ظاہر سبب کے بھی ہوجاتی ہے۔ شاذ مثالوں میں یہ کئی کئی دن جاری رہ سکتی ہے۔ اور خود اس کے علاج کی ضرورت پیش آسکتی ہے۔ اکثر ممکن ہے کہ یہ سانس کو روک رکھنے سے موقوف ہوجائے۔ زیادہ عسیر العلاج اصابتوں میں ممکن ہے کہ ناک میں گدگدی کرکے یا ناس یا سیاہ مرچ کی ایک چٹکی سونگھ کر چھینکیں لانے سے فائدہ ہوجائے۔ دوسری دوائیں جن کی سفارش کی گئی ہے یہ ہیں:- ایٹروپین (atropine) $\frac{1}{100}$ کا تحت الجلد اشراب، جسے ضرورت ہو تو چار گھنٹوں کے بعد مکرر کرنا چاہئے، ہیاسین ہائڈروبرومائڈ (hyoscine hydrobromide) $\frac{1}{100}$ گرین کا تحت الجلد اشراب، امائل نائٹرائیٹ (amyl nitrite) کا خول سونگھانا، یا مارفیا (morphia) کا تحت الجلد اشراب۔ ایک معدی نلی گزارنے سے، یا ہوا یا آکسیجن کے ساتھ کاربن ڈائی آکسائیڈ کے آمیزہ کا استنشاق کرنے سے

ایک عسیر العلاج حملے کو کامیابی کے ساتھ موقوف کیا جاسکتا ہے۔

امراض نخاع

امراض کے اس گروہ کو ٹھیک سمجھنے کے لیے فعلیات اور تشریح کے ان اصولوں کی واقفیت ضروری ہے جن کا خلاصہ صفحہ 593 الخ پر درج ہے۔

عصبیوں کے اوّلی امراض۔ نخاع کے عصبیوں کے مختلف گروہ جدا جدا انحطاط یا مرض سے ماؤف ہوسکتے ہیں۔ ایسا انحطاط سمیات کا نتیجہ ہوتا ہے، یا حیویت کی پیدائشی کمی کے سبب سے واقع ہوجاتا ہے، یا اس کا سبب بالکل نامعلوم رہتا ہے۔ یہ اضرار خطی امراض (tract diseases) یا نظامی امراض (system diseases) کے نام سے یاد کئے جاتے ہیں، اور مندرجہ ذیل ان کی مثالیں ہیں:۔ ہزال ظہری (tabes dorsalis)، جس میں پچھلے استوانے مرضی ہوجاتے ہیں۔ اوّلی جانبی صلابت (primary lateral sclerosis)، جس میں ہرمی خطے ماؤف ہوجاتے ہیں۔ تحت الحاد مخلوط انحطاط (subacute combined degeneration) جس میں پچھلے استوانے اور ہرمی خطے ماؤف ہوتے ہیں۔ مرض فریڈرک (Friedreich's disease) جس میں پچھلے استوانے، ہرمی خطے اور نخاعی دمیغی خطے ماؤف ہوتے ہیں۔ مُترقی عضلی ذبول (progressive muscular atrophy) جس میں اگلے قرن کے خلیے ماؤف ہوتے ہیں۔ اور عضلہ ذبولی جانبی صلابت (amyotrophic lateral sclerosis) جس میں اگلے قرن کے خلیے اور ہرمی خطے ماؤف ہوتے ہیں۔ 656

عرضی اضرار۔ چونکہ نخاع ایک مستطیل شکل رکھتی ہے، وہ قدرتی طور پر ایسے اضرار سے ماؤف ہونے کا رجحان رکھتی ہے جو اس کی ساری دبازت کو متاثر کرتے ہیں، مثلاً جیسے کہ ضربہ، محدود التمام بیرونی دباؤ، سلعہ کی بلا امتیاز بالیدگی، التہاب کے منتشر پھیلاؤ، یا عروقی تسدد سے پیدا ہونے والی عدم دمویت سے واقع ہوسکتے ہیں۔ ایسی اصابتوں میں رمادی مادہ اور سفید مادہ دونوں

نخاع کی تراشوں کی تلوین مارچی (Marchi) کے طریقے سے کی گئی ہے تاکہ دوسرے اور تیسرے صدری فلقات کے مکمل عرضی ضرر سے اوپر اور نیچے لیفی خطوں کا انحطاط دکھایا جائے۔ اس لیول پر نخاع ان ثانوی جماوؤں سے مضغوط ہو گئی ہے جو کہ پستان کے سرطان سے فقرات میں واقع ہوئے ہیں۔ منحط شدہ ریشوں کی تلوین سیاہ ہوئی ہے۔



تصویر ۱۔ ساتواں عنقی فلقہ۔ ضرر سے اوپر صاعد خطوں کے ریشے منحط ہو گئے ہیں۔ موخر ستونوں میں جو سیاہ رقبہ جات ہیں وہ ان فضاؤں کو ظاہر کرتے ہیں جنہیں ایتلافی ریشے واقع ہیں نخاعی عرشی خطے صاف طور پر متمیز نہیں ہیں



تصویر ۲۔ پانچواں صدری فلقہ۔ ضرر سے نیچے نازل خطوں کے ریشے منحط شدہ ہیں۔ موخر ستونوں میں جو نقطہ کاری کے رقبہ جات ہیں وہ ان ایتلافی ریشوں کے انحطاط کو ظاہر کرتے ہیں جو ضرر کے لیول کے اوپر سے اتر رہے ہیں۔



تصویر ۳۔ قطنی عجزی کلانی۔ تقاطع کردہ ہرمی خطوں کے ریشے منحط شدہ ہیں۔ دوسرے نازل خطوں کے ریشے اس لیول پر ختم ہو گئے ہیں۔

(ڈاکٹر جے۔ آر۔ پرڈراؤ: Dr. J. R. Perdrau کی بنائی ہوئی عکسی تصاویر سے)

مساوی طور پر ماؤف ہوتے ہیں۔

انضغاطِ نخاع

(compression of the spinal cord)

نخاع بوجہ اپنی نرم کثافت کے متصل حصوں کے مرض یا تضرر کے نتیجے کے طور پر مضغوط ہونے کا امکان رکھتی ہے۔ ایسے حالات میں جو امراضیاتی تغیرات واقع ہوتے ہیں وہ مماثل ہوتے ہیں خواہ حقیقی سبب کچھ بھی ہو۔ علامات، جو ایک عرضی ضرر کے علامات ہوتے ہیں، قدرتی طور پر ضرر کے لیول کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں۔ دوسرے اختلافات اس امر کا نتیجہ ہوتے ہیں کہ ضاغط قوت کس سرعت کے ساتھ عمل کرتی ہے اور ضاغط سبب کی حقیقی نوعیت کیا ہے۔

اسباب۔ نخاعی انضغاط کے اسباب کی تقسیم حسب ذیل کی جا سکتی ہے۔

(الف) عمود الفقرات کا مرض۔ (ب) بُرون جافی فضا اور سحایا کا مرض۔

(الف) عمود الفقرات کا مرض۔ نخاع اکثر اوقات کسر و خلع پیدا کرنے والے تضرر کے باعث ناگہانی طور پر مضغوط ہو جاتی ہے۔ زیادہ تدریجی طور پر عمل کرنے والے اسباب میں عام ترین فقرات کی درنی بوسیدگی (tuberculous caries) یا نو بالیدیں ہیں۔

(ب) بُرون جافی فضا اور سحایا کا مرض۔ تضرر کا نتیجہ بعض اوقات سحایا کے اندر نزف ہو سکتا ہے، جس سے بعد میں انداب ہو کر انضغاط واقع ہو سکتا ہے۔ اندابی ضیق کے زیادہ عام اسباب ایک محدود المقام آتشکی التہاب سحایا (syphilitic meningitis) یا ماسبق تقیحی التہاب سحایا (suppurative meningitis) ہیں۔

مختلف الاقسام نو بالیدیں بُرون جافی فضا میں، سحایا میں، یا عصبی جڑوں پر پیدا ہو سکتی ہیں۔

مرضی تشریح۔ نخاع کا ناگہانی انضغاط، جیسا کہ کسر و خلع یا کسی بالیدے دریدہ فقرہ کے ناگہانی ہبوط سے واقع ہوتا ہے، مضغوط شدہ حصہ کا حاد تنخر واقع

کر دیتا ہے، جو کہ دموی رسد کے منقطع ہونے کا نتیجہ ہوتا ہے اس کے ساتھ مشقوق وریدوں اور عروق شعریہ سے نزفات ہوتے ہیں۔ مُردہ بافتوں میں بہ عجلت شحمی انحطاط واقع ہوکر لینت پیدا ہو جاتی ہے، اور یہ لینت ضرر کے لیول سے آگے کچھ فاصلہ تک اوپر یا نیچے کی سمت میں پھیل سکتی ہے۔

عرضی ضرر کے بعد ان عصبی ریشوں کا جو اپنے مبدائی خلیات سے بے تعلق ہو جاتے ہیں (ملاحظہ صفحہ ۱۵) ثانوی انحطاط ہو جاتا ہے۔

جب انضغاط زیادہ تدریجی ہوتا ہے تو اس کا اثر ابتداءً میکانی معلوم ہوتا مضغوط شدہ ریشے کے وظیفہ میں نقص واقع ہو جاتا ہے۔ لیکن اگر دباؤ ہٹا دیا جائے تو وظیفہ بسرعت عود کر آتا ہے۔ ازاں بعد دورانِ خون میں رکود اور وریدوں کے انضغاط کے باعث اُذیما پیدا ہو جاتا ہے، اور بالآخر شرائین کے تسدد سے تنخر اور لینت پیدا ہو جاتی ہے۔

نخاع کے انضغاط سے، خواہ اس کا سبب کچھ بھی ہو تحت العنکبوتیہ فضاء کا تسدد پیدا ہو جانے کا امکان بھی ہوتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ انسداد سے نیچے دماغی نخاعی سیال کا رکود واقع ہوتا ہے، اور ساتھ ہی پروٹین کا اجتماع ہو جاتا ہے، اور اس میں بعض اوقات ایک زرد لون بھی مل جاتا ہے جو غالباً وعا بدرخون سے ماخوذ ہوتا ہے۔

فقرات کی درنی بوسیدگی (tuberculous caries) دو مختلف طریقوں سے انضغاطِ نخاع پیدا کر سکتی ہے۔ نسبتہً عام طریقہ وہ ہے جس میں سرایتی عمل فقرہ کی پچھلی دیوار میں سے داخل ہوکر ایک جُبنی خراج بنا دیتا ہے جو بیرون جافی بافتوں کے ذریعہ سحایا سے جدا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ایسے خراج کے بننے میں صرف چند ہی ہفتے درکار ہوں، اور اس کے بننے سے پہلے نہایت عام طور پر مرضی عمود الفقرات کو تضرر لگنے کی سرگذشت پائی جاتی ہے۔ 657

درنی انضغاط کی دوسری شکل میں سرایتی عمل براہ راست سحایا تک پھیل کر ایک مزمن محدود المقام سحائی التہاب پیدا کر دیتا ہے، جو رفتہ رفتہ نخاع کو بھینچ دیتا ہے۔ یہ عمل دوسرے عمل کی نسبت بہت آہستہ ہوتا ہے۔

فقرات کی نوبالیدیں عموماً ثانوی اصل کی ہوتی ہیں، اور ان کے عام ترین منبعے عورتوں میں پستان یا رحم کا، اور مردوں میں معدی معوی خطہ اور غدہ قدامیہ کا سرطان ہوتے ہیں۔ بالید فقرہ کے شبکی حصے میں پیدا ہو جاتی ہے، اور اسے کھا لیتی ہے، یہاں تک کہ بالآخر وہ ٹھوس خول میں سے پھوٹ نکلتی ہے۔ ہڈی کی لینت بالآخر فقری کنال کی دیواروں کا ہبوط اور ساتھ ہی نخاع پر دباؤ پیدا کر دیتی ہے۔ اکثر ایسا ہوتا ہے کہ عمود الفقرات اس سے بہت زیادہ وسیع طور پر ماؤف ہوتا ہے جتنا کہ دوران زندگی میں علامات سے معلوم ہوتا ہے۔ عمود الفقرات یا اس کے گرد کی ساختوں میں کا لحمی سلعہ (sarcoma) اوّلی یا ثانوی ہو سکتا ہے، اور ویسے ہی تغیرات پیدا کر دیتا ہے جیسے کہ سرطانی سلعہ کے اثر سے ہوتے ہیں۔ فقرات میں کے لبّی سلعات (myelomas) بھی انضغاطِ نخاع پیدا کر سکتے ہیں۔

شوکہ کا مرضِ پیجٹ (Paget's disease) بھی نخاع کا انضغاط پیدا کر سکتا ہے۔

فقرات اور اُمِّ جافیہ کے درمیان کی فضا کبھی کبھی سلعات کا محلِّ وقوع ہو سکتی ہے، جو عموماً لحمی سلعہ کی نوعیت کے ہوتے ہیں، اور یہ فضا کیسیتی دُودیروں (hydatid cysts) کی آرامگاہ ہو سکتی ہے۔ بعض اوقات اس فضا پر مرضِ ہاجکن (Hodgkin's disease) کا یا واسط میں شروع ہونے والے لمفی لحمی سلعہ (lympho-sarcoma) کا حملہ ہو سکتا ہے۔

مزمن آتشکی التہاب سحایا سے سحایا کی بڑی دبازت پیدا ہو سکتی ہے، جس کے درمیان نخاع مضغوط ہو جاتی ہے۔ اکثر اوقات اس کے ساتھ شرائین کا آتشکی مرض پایا جاتا ہے، جو تنخّر کے عمل کو تیز کر دیتا ہے۔

سحایا کی نوبالیدوں میں بیشتر غیر خبیث قسم کی چھوٹی کیسہ بند رسولیاں ہوتی ہیں، جو اُمِّ جافیہ کی اندرونی سطح، عنکبوتیہ، یا عصبی جڑوں سے نکلتی ہیں۔ ان کی تقسیم ان کے خرد بینی منظر کے لحاظ سے درعلمی سلعہ، ربلی سلعہ، لیفی سلعہ، لیفی مخاطی سلعہ، اور عصبی لیفی سلعہ میں کی جاتی ہے۔ یہ ایسے سلعات کا گروہ ہے جن کا جراحی استیصال بہ آسانی انجام دیا جا سکتا ہے۔

دوسری قسم کی بالید جو سحایا میں ملتی ہے منتشر لحمی سلعہ کی نوعیت کی ہوتی ہے۔

جو نیچے اور اوپر کی طرف پھیلنے کا رجحان رکھتی ہے، خبیث قسم کی ہوتی ہے اور ناقابلِ استیصال ہوتی ہے۔

رقبی محصلی التہاب سحایا (meningitis serosa circumscripta) کا خطاب اس حالت کو دیا گیا ہے جس میں سحایا الجھ کر گچھا سا بنے ہوتے ہیں اور ان میں دُوبرہ نما فضائیں مشمول ہوتی ہیں جن میں صاف سیّال بھرا ہوا ہوتا ہے۔ یہ تضرر کا نتیجہ ہو سکتا ہے (اکثر ایک طویل وقفۂ خفاء کے بعد) یا تقیحی التہابِ سحایا کے آجل نتیجہ کے طور پر ہو سکتا ہے، یا ممکن ہے کہ بلا کسی صریح سبب کے پایا جائے۔

علامات۔ نخاعی انضغاط کے علامات وہی ہیں جو قبل ازیں نخاع کے عرضی ضرر کے بیان کئے گئے ہیں، اور یہ ماؤف لیول کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 607)۔ ان پر عصبی جڑوں کے انضغاط کے علامات کا اضافہ کرنا چاہئے جب کہ وہ بھی ماؤف ہو جائیں۔

جب انضغاط ناگہانی طور پر واقع ہو جائے، جیسے کہ کسر و خلع یا ایک مرضی فقرہ کے ہبوط سے، تو حس پذیری، قوّت، اور عاصری اقتدار کے فقدان کے علاوہ ایک ابتدائی عرصہ نخاعی صدمہ کا ہوتا ہے جس میں ضرر کے لیول سے نیچے تمام منعکوسات زائل ہو جاتے ہیں۔ اس کے ساتھ ہی اکثر تپ ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ سریری تصویر ابتداءً حاد التہابِ نخاع (acute myelitis) جیسی ہو۔

جب انضغاط بتدریج واقع ہوتا ہے تو ابتدائی علامات اکثر پچھلی عصبی جڑوں پر دباؤ کی وجہ سے ہوتی ہیں۔ یہ درد کی شکل اختیار کر لیتی ہیں، جو عموماً شدید مستمر نوعیت کا ہوتا ہے اور ماؤف جڑوں کی قطعی توزیع میں محوّل ہوتا ہے۔ بالعموم یہ درد پہلے یک جانبی ہوتا ہے لیکن ممکن ہے کہ بعد میں دوسری جانب پر بھی پھیل جائے۔ خراشیدہ جڑوں سے رسد پانے والے رقبے میں بعض اوقات جلدی بیش حسیت بھی پائی جا سکتی ہے۔ اگلی جڑوں پر دباؤ پڑنے سے عضلی ہزال اور کمزوری بھی پیدا ہو جاتی ہے، جو عنقی یا قطنی کلائیوں کے انضغاط میں ایک اہم معینِ التعلم امارت ہو سکتی ہے۔

لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ صدری خطے میں قطعے کا انتصابی طول اتنا ہوتا ہے

کہ یہ بالکل ممکن ہے کہ نخاع کا انضغاط عصبی جڑوں کی ماؤفیت کے بدوں واقع ہو جائے اور یہ کہ بہر صورت انضغاطی سبب نخاع کی اگلی سطح پر عمل کر سکتا ہے۔ ان اصابتوں میں 658 سرگذشت مرض میں جڑ کے درد کی ممیز علامت غیر موجود ہوتی ہے۔

نخاع کے اندران ساختوں میں سے ہرمی ریشے عموماً پہلے مبتلا ہوتے ہیں، جس کا نتیجہ کمزوری اور تشنجیت، بڑھے ہوئے وتری جھٹکے، گھٹے ہوئے یا غیر موجود شکمی منعکسات، اور باسط انخمصی مجیبتیں ہیں۔ حسّی اختلال بالعموم کمزوری محسوس ہونے کے بعد کچھ عرصہ تک ظاہر نہیں ہوتا۔ اس کی شناخت کے لئے ابتداءً بہ احتیاط امتحان کی ضرورت ہوتی ہے۔ ایک لیول ایسا ملے گا جس کے نیچے ایپن کا چبھنا نسبتۃً کم درد پیدا کرتا ہے، روئی سے چھونے کا احساس کم مستمر طور پر ہوتا ہے، اور گرم اور سرد نلیوں کے درمیان فرق کم یقین کے ساتھ معلوم ہوتا ہے۔

شبت اور مجہول حرکت کی حسوں کا امتحان کیا جائے تو وہ کم صحیح پائی جاتی ہیں اور ممکن ہے کہ شر کے دوشاخے کا احساس ایک خاص لیول سے نیچے کم شدت کے ساتھ ہو۔

جیسے جیسے مرض ترقی کرتا جاتا ہے حسّی فقدان زیادہ زیادہ نمایاں ہوتا جاتا ہے یہاں تک کہ عموماً تندرست اور ماؤف حصّوں کے درمیان ایک معیّن خطِ حائد شناخت ہو سکتا ہے۔ گو یہ خط عموماً واضح طور پر معیّن نہیں ہوتا، تاہم اس سے ضرر کا لیول خاصی صحت کے ساتھ ظاہر ہو جاتا ہے۔ کبھی کبھی نخاع کے بالائی خطے کے ضرر کی حالت میں یہ پایا جائے گا کہ سب سے نیچے کے فلقی رقبوں سے آنے والے ریشے، بالخصوص وہ جو کہ عمیق حس پذیری کا تاثر منتقل کرتے ہیں، بچے رہتے ہیں، چنانچہ عجزی رسد پانے والے رقبوں پر عمیق دباؤ کا احساس محفوظ رہتا ہے۔

جیسے جیسے جوارح زیرین کا شلل بڑھتا ہے، عضلات عاصرہ کا اقتدار بھی کم ہوتا جاتا ہے، جس سے ابتدا میں تبوّلِ معجّل اور عسیر تبرّز ہوتا ہے۔

بالآخر اگر انضغاط نہ دور کیا جائے تو وہ کامل حرکی شلل اور حسّی فقدان اور ساتھ ہی عاصری اقتدار کا ازالہ واقع کر دے گا۔

سیریری تصویر کی تفصیلات لازماً ضرر کے لیول کے لحاظ سے مختلف ہوں گی۔

نخاعی انضغاط کا مزید ثبوت (۱) دماغی نخاعی سیال کے امتحان سے، اور (۲) لپائڈال (lipiodol) کے درون غلافی اشراب کے بعد لاشعاعی امتحان سے حاصل ہوسکتا ہے۔

(۱) بالعموم انضغاط کے لیول سے نیچے سے حاصل کردہ دماغی نخاعی سیال میں پروٹین کی معمول سے زائد مقدار موجود ہوتی ہے۔ اور یہ زائد مقدار انضغاط کے درجہ اور مدت کے لحاظ سے طبعی (۰.۲۵ فیصدی) سے اور خفیف سی زیادتی سے لے کر ۳ فیصدی کی بلندی تک اختلاف پذیر ہوسکتی ہے۔ جب پروٹینی مافیہ نہایت بلند ہوتا ہے تو سیال میں اکثر فائبرنوجن موجود ہوتی ہے، اور اسی واسطے وہ امتحانی نلی میں مروب ہوسکتا ہے۔ مزید برآں وہ بعض اوقات ایک سنہری زرد جھلک ظاہر کرتا ہے، جو غالباً مسدود وریدوں کی دیواروں میں سے عبور از ترشاح کردہ خون کی بارشیدگی کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے۔

اگر سیال کے دباؤ کی تسجیل کے لئے ایک ضغط پیما استعمال کیا جائے تو کوئیکن سٹیٹ کے کاشفہ (Queckenstedt's test) سے کام لینا چاہئے (ملاحظہ ہو صفحہ 631)۔ طبعی حالات میں اگر ایک مددگار وداجی وریدوں کو مضغوط کرے تو ضغط پیما میں دباؤ فی الفور زیادہ ہو جائے گا۔ یہ زیادتی نہ ہونا، تحت العنکبوتیہ فضاء کی مسدودی کی دلیل ہے۔

(۲) بعض اوقات لپائڈال کے اشراب کا وہ عمل جو کہ سیکارڈ (Sicard) نے ایجاد کیا ہے نخاعی انضغاط کی سریری تشخیص کی تصدیق اور ضرر کے بالائی لیول کی تعیین کے لئے کارآمد ہوتا ہے۔ لپائڈال آیوڈین اور چربی کا مرکب ہے، جو لاشعاعوں کے لئے غیر شفاف ہوتا ہے، جس کی کثافت نوعی دماغی نخاعی سیال کی کثافت نوعی سے بلند تر ہوتی ہے، اور جو بافتوں پر کوئی مضر اثر نہیں رکھتا۔

مریض کو بیٹھی ہوئی وضع میں رکھ کر اس شئے کے ایک یا دو سی سی بر کہ کبیرہ میں مشرب کئے جاتے ہیں۔ اشراب کے بعد فوراً ہی، ابھی جب کہ مریض انتصابی وضع میں ہے، اس پر لاشعاعیں ڈالی جاتی ہیں، اور مفروضہ انضغاط کے مقام اور قطنی عجزی شوکہ کے مقام ان دونوں لیولوں پر تصویریں لے لی جاتی ہیں۔ آدھ گھنٹے بعد لاشعاعی امتحان مکرر کیا جاتا ہے، اور اگر ضرورت ہو تو چند گھنٹوں کے وقفہ کے بعد پھر



تصویر ۱۔

شعاع نگاشت برکہ کبیر میں پیانڈال کا اشراب نکے آدھ گھنٹہ بعد۔ مریض انتصابی وضع میں ہے۔ پیانڈال غلافی ناچہ کے پیندے میں جمع ہوگیا ہے، جس سے ثابت ہوتا ہے کہ زیرعنکبوتی فضا میں کوئی تسدد نہیں ہے۔



تصویر ۲۔

شعاع نگاشت جو پیانڈال کے اشراب کے بعد لی گئی۔ حالات وہی ہیں جو کہ تصویر ۱ میں تھے۔ پیانڈال دوسرے قطنی فقرہ کے بالائی کنارے پر آکر رک گیا ہے۔ بعدازاں عملیہ کرنے سے اس لیول پر ذنب لفرس کو مشمول کرنے والے سحایا کا لیفی لحمی سلعہ منکشف ہوا جو کہ زیرعنکبوتی فضا کو مطموس کر رہا تھا۔ (ان واشاعی صحفوں سے جو کہ مسٹر لنڈسے لاک (Lindsay Lock) اور مسٹر میگنس ریڈنگ (Mr. Magnus Redding) نے لئے ہیں)

کیا جاتا ہے ۔ طبعی حالات میں لیپائڈال غلافی ناچہ (thecal sac) کے پیندے میں چند منٹ کے اندر ہی گر جاتا ہے، جہاں وہ لاشعاعی صحفہ پر پہلے عجزی فقرہ کے زیریں کنارے پر نظر آتا ہے ۔ یہ پایا گیا ہے کہ لیپائڈال کا خراش آور اثر جڑوں کے دردوں میں اشتداد پیدا کر سکتا ہے، بلکہ ممکن ہے کہ وہ نخاعی انضغاط کی امارات میں ایک عارضی زیادتی بھی پیدا کر دے ۔ لہٰذا اس کا استعمال اسی وقت 659
کرنا چاہئے جب کہ سریری وجوہات کی بنا پر تشخیص یا تعیین مقام کا فیصلہ کافی صحت کے ساتھ نہ کیا جا سکے (ملاحظہ صحفہ ۵۲، تصویر ۱) ۔ اگر تحت العنکبوتیہ کہفہ مسدود ہے، جیسا کہ نخاعی انضغاط کی ترقی یافتہ حالت میں ہونا چاہئے، تو لیپائڈال اوپر رکا ہوا رہے گا ۔ دکھلائی ہوئی تصویر میں (صحفہ ۵۲، تصویر ۲) یہ انسداد دوسرے قطنی فقرے کے بالائی کنارے پر ہے ۔ ذنب الفرس (cauda equina) اس لیول سے نیچے لیفی نوعیت کے ایک بڑے سحائی سلعہ سے مضغوط تھا ۔

لیپائڈال استعمال کرنے کا ایک زیادہ حالیہ زیادہ محفوظ اور بہتر طریقہ وہ ہے کہ جس میں ایک لاشعاعی میز استعمال کی جاتی ہے اور اس پر مریض کو ایک انتصابی وضع میں جھکا دیا جاتا ہے جس سے اس کا سر نیچے کو ہو جاتا ہے ۔ لیپائڈال کا اشراب قطنی کچوکے کے ذریعہ کیا جاتا ہے اور اس کا گزر ایک پردہ پر دیکھا جاتا ہے ۔ اس طریقے سے جزوی رکاوٹ کا مشاہدہ کیا جا سکتا ہے ۔

تحقیقات کے یہ مخصوص طریقے نہایت کارآمد ہیں، لیکن یہ نہیں خیال کر لینا چاہئے کہ ان سے مثبت نتائج حاصل ہوں گے، تاوقتیکہ انضغاط زیادہ درجہ کا نہ ہو ۔ اسی واسطے ابتدائے مرض میں ایک ایسا زمانہ ہو سکتا ہے جب کہ اصابت کی نوعیت معلوم کرنے کے لئے صرف سریری سرگذشت اور علامات ہی رہنمائی کرتے ہیں ۔

متذکرۂ بالا علامات پر، جو انضغاط کی تمام اصابتوں کے لئے مشترک ہوتے ہیں، ان علامات کا اضافہ کیا جا سکتا ہے جو انضغاطی سبب سے متعلق ہیں ۔

فقراتی مرض میں عام طور پر، لیکن ہمیشہ نہیں، مقامی درد کی شکایت ہوتی ہے، جس کے ساتھ ہی کرختگی ہوتی ہے، یہ درد ہر ایسی حالت سے بڑھ جاتا ہے

جس میں ماؤف حصوں پر زور یا دھکا پڑنے کا رجحان ہو، مثلاً جھکنے، زینہ سے نیچے کودنے یا موٹر کار میں ناہموار سڑکوں پر جھکولے لگنے سے۔ بعض اوقات مرضی فقرات کی الیمیت اور تشوّہ موجود ہوتے ہیں۔ بالآخر لاشعاعی صحفہ بالعموم ہڈی کے مرض کی موجودگی ظاہر کرنے میں مدد ہوتا ہے۔

سحایا کا مزمن التہاب بالعموم عصبی جڑوں کی کئی جوڑیوں کو ماؤف کرتا ہے۔ اسی واسطے عموماً جڑوں کا درد ایک نمایاں علامت ہوتا ہے، اور اس کے ساتھ اکثر عضلاتِ پشت کا معکوس تشنج ہوتا ہے جس سے شوکہ کی مقامی کرختگی پیدا ہو جاتی ہے۔

بیرون جافی فضا یا سحایا کی نو بالیدیں ممکن ہے کہ سادہ انضغاط کے علامات کے سوا اور کوئی علامتیں نہ پیدا کریں، اور ان کے ساتھ جڑوں کے درد ہوں یا نہ ہوں۔ مگر یہ بالیدیں برافتادہ فقرات کی کسی قدر الیمیت اور عضلات کا معکوس سلعہ تشنج پیدا کر سکتی ہیں۔

تشخیص۔ اس میں (۱) نخاعی انضغاط کی تفریق عرضی ضرر کی دوسری اصابتوں سے، اور (۲) انضغاط کے اسباب کی تفریقی تشخیص شامل ہے۔

(۱) حاد آغاز کے نخاعی انضغاط کو، جیسا کہ ایک خبیث بالید کی وجہ سے ہو سکتا ہے، حاد التہاب نخاع (acute myelitis) سے متفرق کرنا پڑتا ہے۔ یہاں اول الذکر تشخیص کی تائید میں خاص امور یہ ہیں:۔ کسی دوسرے مقام پر خبیث مرض کی موجودگی اور وہ ممیز تغیرات جو دماغی نخاعی سیال میں پیدا ہو جاتے ہیں جن کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے۔

انضغاط کی زیادہ تدریجی اصابتوں کی تفریق درون لبی سلعہ (intra-medullary tumour)، منتشر صلابت (disseminated sclerosis)، آتشکی التہاب نخاع (syphilitic myelitis)، عضلہ ذبولی جانبی صلابت (amyotrophic lateral sclerosis)، نخاعی جوفیت (syringomyelia)، اور تحت الحاد مخلوط انحطاط (subacute combined degenaration) سے کرنی پڑتی ہے۔

ممکن ہے کہ دروں لبی سلعہ سے تفریقی تشخیص صرف عملیہ کے وقت ہو سکے۔ منتشر صلابت میں منتشر اضرار کی موجودگی سے جو امارات یا سرگزشت مرض سے ظاہر ہوتی ہے، عموماً مرض کا پتہ چل جاتا ہے، لیکن بعض اصابتوں میں تشخیص کا مسئلہ صرف ورقہ برآری سے حل ہو سکتا ہے۔ آتشکی التہاب نخاع کی تشخیص اس وقت ہو جائے گی جب کہ دستور العلی امتحان میں خون اور نخاعی سیال کے تعاملات واز رمن کو بھی شامل کیا جائے۔ عضلۂ ذبولی جانبی صلابت میں حسی تغیرات کی عدم موجودگی، اور نخاعی جوفیت اور تحت الحاد مخلوط انحطاط میں ممیز حسی اختلالات کی موجودگی ان حالتوں کی تشخیص میں ممد ہوتی ہے۔ بالآخر، دماغی نخاعی سیال کا امتحان اور لپائڈال کے ساتھ لاشعاعی امتحان اکثر تفریقی اہمیت رکھتا ہے۔

(۲) انضغاط کا ٹھیک سبب صرف باقاعدہ امتحان سے معلوم ہو سکتا ہے۔ فقراتی مرض کے سریری یا لاشعاعی ثبوت کی غیر موجودگی میں، اور خون اور نخاعی سیال میں منفی تعاملات واز رمن کی حالت میں استقصائی ورقہ برآری (exploratory laminectomy) کا عملیہ کرنا چاہیئے۔

660 انذار۔ خاص کر انضغاط کے سبب پر منحصر ہوتا ہے۔ تضرر کی اصابتوں میں بالعموم ٹکر کی وجہ سے خود نخاع اس قدر شدت کے ساتھ متضرر ہو جاتی ہے کہ ازالۂ ضغط سے علامات میں کوئی اصلاح نہیں ہوتی۔

درنی بوسیدگی کی بیشتر اصابتوں میں معقول علاج کے ساتھ انذار اچھا ہوتا ہے، بشرطیکہ اور کسی جگہ فاعلی تدرن موجود نہ ہو۔ تاہم ان اصابتوں میں جن میں بتدریج ترقی پذیر مرض کی سرگذشت مزمن درنی التہاب سحایا پر دلالت کرے مستقبل کم امید افزا ہوتا ہے۔ فقرات کی خبیث بالیدیں مہینوں یا برسوں جاری رہتی ہیں گو کہ بالآخر قروح الفراش اور التہاب مثانہ سے موت واقع ہو جاتی ہے۔ آتشکی التہاب سحایا کی ترقی مناسب علاج سے روکنی ممکن ہے۔ رتیمی مصلی التہاب سحایا (meningitis serosa circumscripta) میں انضمامات کو کاٹ دینے سے انضغاط رفع ہو جاتا ہے، لیکن اس حالت کے مکرر پیدا ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ غیر خبیث قسم کی دروں غلافی بالیدوں کو کل طور پر دور کیا جا سکتا ہے۔

ان تمام اصابتوں میں جن میں انضغاط پیدا کرنے والا سبب دور کیا جا سکتا ہو، خواہ درنی مرض میں آرام و سکون سے خواہ عملیہ کے ذریعہ، یہ امر کس درجہ کی شفایابی کی توقع کی جاسکتی ہے علامات کی شدت اور مدت پر منحصر ہوتا ہے۔ جوارح زیرین میں قوت اور حس کے کامل فقدان کے باوجود (بشرطیکہ یہ فقدان چند ہفتوں سے زائد تک نہ جاری رہا ہو) وظیفہ کی کامل بحالی ممکن ہے۔ جب عاصرہ اقتدار ایکبار مفقود ہو چکا ہو تو بولی عفونت کے پیچیدہ کن عامل کی وجہ سے شفایابی کے موقعے کم ہو جاتے ہیں۔

علاج۔ علاج تام کا مقصد انضغاط کا دور کرنا ہے۔ نوبالیدوں کی حالت میں یہ مقصد صرف جراحی علاج سے حاصل ہو سکتا ہے۔ غیر خبیث سلعات تمام تر دور کئے جا سکتے ہیں، اور خبیث مرض کی چند اصابتوں میں ازالۂ ضغط سے درد میں تخفیف ممکن ہے۔

درنی بوسیدگی کا بہترین علاج کامل آرام ہے جو صحتی ماحول میں دیا جائے۔ مریض کو ایک سخت بستر پر لٹایا جاتا ہے اور پاؤں اور ٹھوڑی پر جر کر کے توسیع قائم رکھی جاتی ہے۔ یا اس پر ابتدا ہی سے پلستر کا ایک جاکٹ فٹ کر دیا جاتا ہے۔ اُفقی وضع میں کامل آرام کم از کم ایک سال تک قایم رکھنا چاہیئے۔ ازاں بعد مریض کو پلستر کے ایک جاکٹ میں جما کر بتدریج انتصابی وضع اختیار کرنے دینا چاہیئے۔ ممکن ہے کہ نخاعی انضغاط کے امارات میں اصلاح ہونے میں کئی ماہ کی تاخیر ہو جائے، لیکن بالعموم یہ اصابتیں بالآخر سنبھل جاتی ہیں۔

آتشکی التہاب سحایا کی وجہ سے پیدا ہو جانے والے انضغاط کا علاج دافع آتشک ادویہ سے سختی کے ساتھ کرنا چاہیئے (ملاحظہ ہو صفحہ 666) اگر ایک کافی نصاب کے بعد اصلاح نہ پائی جائے تو ندبی ضیق کو قطع کرنے کی توقع سے عملیہ کر سکتے ہیں۔ ضربہ یا تقیح سے پیدا ہو جانے والے سحائی انضمامات کا علاج بھی اسی طریقہ پر عملیہ سے کرنا چاہیئے۔

نخاع کے عرضی ضرر کی اصابتوں میں خواہ وہ انضغاط کی وجہ سے ہو یا دوسرے اسباب سے، تخفیفی علاج کی غایت یہ ہوتی ہے کہ عدیم الحس جلد کو

تقرح سے محفوظ رکھا جائے، مثانہ کی آبیاری اور مسلیت کی جائے، درد اور تکلیف کو دور کیا جائے، اور تشنجی عضلات کے تقبض کو روکا جائے یا اس کو درست کیا جائے۔

جلد کے تحفظ کے لئے مریض کو ایک آبی بستر پر لٹایا جاتا ہے۔ صبح اور شام اور جب کبھی گندگی واقع ہو اس کی پشت کو دھو ڈالنا چاہیئے۔ دھونے اور خشک کرنے کے بعد عظمی ابھاروں اور ایڑیوں پر کی جلد کی مالش ہتھیلی کے ذریعہ زور سے اور دیر تک کرنا چاہیئے۔ پھر چاک اور بورک ایسڈ کا سفوف چھڑک دینا چاہیئے۔ بھیگی ہوئی اور شکن دار چادروں سے جن سے انسحاج پیدا ہونے کا امکان ہو بہ احتیاط احتراز کرنا چاہیئے، اور دن بھر میں مریض کی وضع کو وقتاً فوقتاً بدلتے رہنا چاہیئے تاکہ ہڈیوں کے اُبھاروں پر لگاتار دباؤ نہ پڑنے پائے۔ مریض کو سرکانے کے لئے دو نرسیں ضروری ہیں تاکہ اُسے اُٹھا کر کروٹ دی جائے اور وہ گھسیٹا نہ جائے۔

اگر قروح الفراش پیدا ہو جائیں تو ان کا تکمیہ مناسب وقفوں کے ساتھ کرنا چاہیئے۔ مہیج غسولات اور مرہم یکے بعد دیگرے استعمال کرنے چاہئیں۔ اوّل الذکر میں یوسال (ensol) (۲۰۰۰ میں ۱) اور غسول احمر (lotio rubra) تشفی بخش ہیں۔ مرہمیات میں روغن بیدانجیر (ol. ricini) اور جست کے مرہم (ung. zinci) یا روغن بیدانجیر اور صبغۂ عود مرکب (tinct. benzoni co.) کے مساوی حصے سب سے زیادہ مفید ہیں۔ اگر مثانہ مشلول ہو کر احتباس بول پیدا ہو جائے تو التہاب مثانہ کا ہونا تقریباً ناگزیر ہے۔ تاہم اسے مندرجۂ ذیل تدابیر سے روک سکتے ہیں:۔
661

یا تو ایک قاثاطیر چھ چھ گھنٹوں کے وقفوں سے داخل کرنا چاہیئے، یا اس آلہ کو اندر باندھ دینا چاہیئے اور تین یا چار دن کے وقفوں سے بدلتے رہنا چاہیئے۔ قاثاطیر داخل کرنے سے پہلے نہ صرف حشفۃ القضیب کو بخوبی صاف کر لینا چاہیئے، بلکہ مقدم مجری البول کو ایک دافع عفونت محلول سے دھو دینا چاہیئے۔ مثانہ کی آبیاری بھی صبح و شام ایک دافع عفونت سیال سے کرنی چاہیئے۔ آکسی سیانائڈ آف مرکیوری (oxycyanide of mercury) (۴۰۰۰ میں ۱) تشفی بخش ہے،

یا اگر پیشاب بہ شدت قلوی ہے تو بورک ایسڈ (boric acid) کا سیر شدہ محلول پانی کی مساوی مقدار کے ساتھ استعمال کیا جا سکتا ہے۔ نیز ایسی اصابتوں میں یوروٹروپین (urotropin) اور ایسڈ سوڈیم فاسفیٹ براہ دہن دینا چاہیئے۔

مثانہ کی آبیاری میں اس امر کی احتیاط رکھنی چاہیئے کہ پانی کا اشراب صرف اس قدر ہو کہ جس سے مثانہ حد سے زیادہ نہ پھول جائے۔ اس کے لئے صحیح مقدار ۲ اونس سے زائد نہیں۔ جب مثانہ کا تخلیہ خود بخود ہونا شروع ہو جائے تو آبیاری کے استعمال کو نہایت کم دباؤ کے ساتھ داخل کرنا چاہیئے اور اگر معکوسہ پیدا ہو جائے تو مثانہ کو اپنے مافیہ خالی کر لینے دینے چاہئیں۔ لیکن تا وقتیکہ مثانہ بلا تعلق پیشاب چھوڑے اپنے مافیہا کو کامل طور پر خالی کرنے کے قابل نہ ہو جائے قثطرت کو ترک کرنا درست نہیں (2)۔ آنتوں کے افراغ کا انتظام حقنہ کے ذریعہ ہر اڑتالیس گھنٹے بعد کرنا چاہیئے، جس سے کپڑے کم خراب ہوتے ہیں۔ اگر ضرورت ہو تو مناسب وقت کا احتیاط سے اندازہ کر کے سنا کی پھلیوں (senna pods) کا منقع پہلے سے دیا جا سکتا ہے۔

جوارح کے معکوس تشنج جو نہ محض خود تکلیف دہ ہوتے ہیں بلکہ رگڑ کی وجہ سے قروح الفراش پیدا کرنے کا رجحان بھی رکھتے ہیں، ایک حد تک اس طرح دور کئے جا سکتے ہیں کہ زیریں جوارح کے اوپر ایک گہوارہ لگا دیا جائے تاکہ ان سے بستر کے کپڑے نہ چھونے پائیں۔ اس گہوارے کے اندر کی تپش گرم بوتلوں کے ذریعہ سے ایک مستقل لیول پر رکھنی چاہیئے۔ اگر یہ تدابیر کارگر نہ ہوں تو مسکنات، جیسے کہ لیومینال (luminal) ا گرین کی خوراکوں میں روزانہ تین بار کام میں لا سکتے ہیں، یا رات کے وقت اس سے بڑی مقدار دی جا سکتی ہے۔

تقبض پیدا ہونے کی روک تھام کے لئے روزانہ مجہول حرکتیں اور تجمیر برقی کا استعمال کرنا چاہیئے اس وقت تک جب تک کہ بالآخر شفایابی کی کوئی توقع ہو برقی رو کو ایسے عضلات کے لئے محفوظ رکھنا چاہیئے جو اپنے

زیرین عصبیہ کی رسد کی ماؤفیت کی وجہ سے لاغر اور مشلول ہو گئے ہوں)۔

زیادہ پرانی اصابتوں میں جب خود بخود اصلاح کی کوئی امید باقی نہ رہے تو پچھلی عصبی جڑوں کو قطع کرکے جوارح زیرین کی تشنجیت، رفع کی جاسکتی ہے (عملیۂ فارسٹر = Forster's operation)۔ ورقہ برآری انجام دی جاتی ہے اور دوسری قطنی جڑ سے لے کر نیچے کی طرف کو متبادل جڑیں قطع کر دی جاتی ہیں۔ یہ عملیہ لازمی طور پر شدید ہے اور اسے بجز مخصوص امید افزا حالات کے نہیں اختیار کرنا چاہئے۔ رانوں کے تشنج عضلاتِ مقربہ (adductor spasm) کا علاج اعصابِ ساذہ کے قطع کے سادہ تر عملیہ سے کرنا چاہئے، جس سے بعض اوقات تکلیف میں بہت تخفیف ہو جاتی ہے۔

نخاع کے سلعات

(درون لبی سلعات = intramedullary tumours)

گزشتہ صفحات میں سحایا اور عصبی جڑوں سے پیدا ہونے والے سلعات کے متعلق غور کیا گیا ہے کہ یہ نخاع کا انضغاط پیدا کر دیتے ہیں۔ نخاعی جرم کے اندر کے سلعات نسبتہً غیر عام ہیں۔

امراضیات۔ یہ دوسرے لیولوں کے نسبت عنقی اور قطنی عجزی کلانیوں میں زیادہ عام طور پر پائے جاتے ہیں۔ معمولی قسم سریشی سلعہ ہے۔ لحمی سلعہ، درنی سلعہ، اور صمغیہ بھی ہو سکتا ہے۔

علامات۔ درون لبی سلعہ کے علامات نخاع کے ایک بتدریج ترقی پذیر عرضی ضرر کے علامات ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 607)۔ نخاعی انضغاط کی اصابتوں کے برعکس، جڑوں کے درد غیر موجود ہوتے ہیں، اور اسی واسطے ابتدائی علامات اطراف میں سن پن اور کمزوری کی شکایت ہے۔ دوسرے علامات ضرر کے لیول کے لحاظ سے ہوتے ہیں۔ جب یہ عنقی یا قطنی کلانیوں میں واقع ہو تو اگلے قرن کے خلیوں کے اتلاف کی وجہ سے عضلی ذبول ایک نمایاں علامت ہوتی ہے۔ بعض اوقات درد کا ایصال کرنے والے ریشوں کا جزئی اتلاف،

سلعہ کے لیول سے نیچے حسّی فساد کی دردناک شکایت پیدا کردیتا ہے۔ ابتدائی درجوں میں تحت العنکبوتیہ فضا غیر ماؤف رہتی ہے، دماغی نخاعی سیّال پروٹین کی زیادتی ظاہر نہیں کرتا، اور برکۂ کبیر کے اندر اشراب کردہ لپائیڈال نہیں رُکتا۔ 662
لیکن بالآخر ممکن ہے کہ سلعۂ نخاع کا اتنا ورم پیدا کردے کہ اس سے تسدّد پیدا ہوجائے، اور اِن امتحانات سے مثبت نتائج حاصل ہوجائیں گے۔

تشخیص۔ تفریقی تشخیص بہت کچھ وہی مسئلے پیش کرتی ہے جو نخاعی انضغاط میں پیش آتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 659)۔ ممکن ہے کہ دروں نبتی سلعہ اور نخاعی جوفیت کے درمیان سریری طور پر امتیاز کرنا غیر ممکن ہوجائے اور صحیح تشخیص صرف استقصائی ورقہ برآری سے کی جائے۔

اِنذار اور علاج۔ ازالۂ انضغاط سے کچھ آرام حاصل ہوسکتا ہے، لیکن چونکہ بالیدعموماً دررِیز نوعیت کی ہوتی ہے، لہٰذا اسے دُور کرنا ناممکن ہوتا ہے اور آخری اَنذار برا ہوتا ہے۔

جب تشخیص ٹھیک ٹھیک ہوجائے تو عمیق لاشعاعی علاج آزمانا چاہیئے۔ تخفیفی علاج وہی ہے جیسا کہ عرضی ضرر کی دوسری اصابتوں کے لئے ہوتا ہے، اور پہلے نخاعی انضغاط کے تحت بیان کیا گیا ہے۔

التہابِ نخاع

(myelitis)

جب یہ اصطلاح استعمال کی جاتی ہے تو اس سے وہ التہابی عمل مراد لیا جاتا ہے جو نخاع کے جِرم کے اندر ہو، اور حصۂ ماؤف کے تمام اجزاء یعنی عروقِ دمویہ، عصبی خلیات اور ریشوں، اور عصبی سریش کو متاثر کرتا ہو۔

بحثِ اسباب۔ یہ فرض کرلیا گیا ہے کہ ہر مثال میں التہابی عمل جراثیمی حالات کی وجہ سے ہوتا ہے، لیکن متعدد اصابتوں میں سببی عضویہ غیر مشخص رہتا ہے۔ تاہم اکثر اصابتوں میں، آتشک کا ہیچ مویہ سببِ مرض ہوتا ہے، جیسا کہ اوّلی سرایت کی سرگذشت سے، خون اور دماغی نخاعی سیال میں تعامِلِ واززمن سے

آخرالذکر کے اندر لمفی خلیوں کی زیادتی سے، اور نخاع کے بعدالممات نسیجیاتی امتحان سے ثابت ہوتا ہے۔

آتشک کے علاوہ کئی حادثانوی حمیات میں التہاب نخاع کے وقوع کی پیچیدگیاں واقع ہوسکتی ہیں، اور اس التہاب کے ساتھ عموماً التہاب دماغ (encephalitis) کے امارات موجود ہوتے ہیں۔ ان حمیات میں خسرہ اور چیچک اور مونیا سیتلا (chicken-pox) نہایت اہم ہیں۔ جلد رین رسانی (vaccination) کے بعد بھی التہاب نخاع مع التہاب دماغ کے واقع ہوسکتا ہے۔

اس قسم کی اصابتوں میں قیاس ہے کہ سرایت رساں عامل نخاع تک جوئے خون کی راہ سے پہنچ جاتے ہیں۔ دوسری مثالوں میں ممکن ہے کہ عضویے عفونت کے کسی محیطی ماسکہ سے نخاع تک گردشی لمفائی عروق کے راستہ سے پہنچ جاتے ہوں۔

ان پر اصابتوں کے اس گروہ کا اضافہ کیا جاسکتا ہے جس میں نخاع پر خردعضویوں کا حملہ، سحایا کی ماؤفیت کا ثانوی نتیجہ ہوتا ہے۔ ایسے مبداؤں کا کم وبیش درجہ کا التہاب نخاع اس التہاب سحایا میں واقع ہوسکتا ہے جو درنی عقیبہ، یا دوسرے مختلف عضویوں مثلاً نبقہ ریویہ، نبقہ سحیہ، اور نبقہ عنبیہ کی وجہ سے پیدا ہوجاتا ہے۔ بعض اصابتوں میں التہابی عمل متصلہ ساختوں سے براہِ راست پھیل سکتا ہے، اور راستہ میں سحایا کو بھی ماؤف کرسکتا ہے، جیسے کہ ایک متقرح قرحتہ الفراش کی حالت میں۔

امراضیاتی نقطۂ نظر سے حاد سرایتی التہاب نخاع (acute infective myelitis) اور آتشکی التہاب نخاع (syphilitic myelitis) کے درمیان تفریق کرنا سہولت بخش ہے۔

مرضی تشریح۔ حاد سرایتی التہاب نخاع (acute infective myelitis) میں نخاع نرم ہوجاتی ہے اور عرضی تراش لینے پر ابھر آتی ہے، یا ممکن ہے کہ وہ بالکل متموّہ ہو۔ لیکن ممکن ہے کہ وہ تراش لینے سے پہلے

محض اس جھلی کی تیدگی کی وجہ سے جس میں متورم نخاع ملفوف ہوتی ہے، سخت معلوم ہوتے۔ خالی آنکھ سے اس کی تراش مٹیلی نظر آتی ہے، دقیق عروق نظر آتے ہیں، بالخصوص رمادی مادے میں، اور یہ خود معمول کے نسبت زیادہ سیاہ ہوتا ہے اور اس کے حدود غیر واضح ہوتے ہیں۔ سفید ستون میں رمادی جھلک کی چکتیاں موجود ہو سکتی ہیں، یا ساری سطح خلط ملط ہوتی ہے۔ خردبین کے نیچے، ابتدائی درجوں میں، شاید شعری نزفات پائے جاتے ہیں، اور لمفائی غلافوں میں اور عروق کے گرد سفید خلیے ہوتے ہیں۔ عصبی ریشے اپنے مائیلینی غلافوں کی شکست و ریخت کی وجہ سے متاثر ہو جاتے ہیں، اور جا بجا محور استوانوں میں تکلے نما کلانیاں پیدا ہو جاتی ہیں جو اپنے دبیز ترین حصے میں طبعی ریشے کے قطرے پانچ یا چھ گنا زیادہ ہوتی ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ سیال کے انجذاب کی وجہ سے ہو۔ عصبی خلیے متورم اور ذراتی ہو جاتے ہیں، اور شاید ان میں شحمی گلو بیچے ہوتے ہیں، اور بعض میں خالیے پیدا ہو جاتے ہیں۔ بالآخر عصبی خلیوں اور ریشوں دونوں میں شحمی انحطاط واقع ہو جاتا ہے، اور انحطاطی حاصلات کو عصب سریشی یا عروقی مبداء کے جاروب خلیے دور کر دیتے ہیں۔ ساتھ ہی عصب سریشی خلیوں کی بالیدگی زیادہ ہو جاتی ہے چنانچہ آخری نتیجہ ماؤف حصوں کی صلابت ہوتی ہے۔ 663

یہ ضرر چند قطعوں تک محدود ہو سکتا ہے (عرضی التہاب نخاع = transverse myelitis)، یا بالکل منتشر ہو سکتا ہے، جس میں نخاع کا بڑا طول ماؤف ہو (وسیع التہاب نخاع = diffuse myelitis)، یا ممکن ہے کہ التہابی لینت کے متعدد رقبے ہوں، جو تندرست بافت کے رقبوں سے ایک دوسرے سے جدا ہوتے ہیں (منتشر التہاب نخاع = disseminated myelitis)۔

آتشکی التہاب نخاع۔ اس حالت میں ممکن ہے کہ نخاع مختلف طریقوں سے

لہ ہر نخاع تحلیل ہو جانے کی وجہ سے نرم ہو سکتی ہے، یا اگر اسے عمود الفقرات سے تخریج کرنے میں بدسلیقگی برتی جائے تو ممکن ہے کہ اس کا گودہ بن جائے۔

ماؤف ہو۔ ایک طرف تو ممکن ہے کہ عروق کا آتشکی مرض علقیت پیدا کر کے عصبی جرم کی لینت پیدا کر دے، اور دوسری طرف ممکن ہے کہ سحایا کی ضمنی دبازت بالآخر نخاع کا انضغاط پیدا کر کے محصور حصہ کا انحطاط پیدا کر دے۔ بیشتر اصابتوں میں وہ حالت پائی جاتی ہے کہ جس میں دونوں اعمال کا اجتماع ہوتا ہے، جسے زیادہ صحیح طور پر آتشکی سحائی التہاب نخاع (syphilitic meningo-myelitis) کہنا چاہئے۔ غالباً آتشکی قشب کے نوعی سمیات بھی انحطاطی تغیرات پیدا کرنے میں حصہ لیتے ہیں۔

یہ عمل عموماً چند قلقوں تک محدود ہوتا ہے، اور اس طرح نخاع کا ایک عرضی ضرر پیدا کر دیتا ہے۔ ممکن ہے کہ دموی عروق کے بیرونی غلاف میں خلوی دریزش اور بطانہ میں دبازت اتنی ہو کہ جس سے ان کا درونہ مسدود ہو جائے۔ اس حالت میں ان سے رسد پانے والے رقبہ کا کامل تکسر اور اماعت واقع ہو جاتی ہے۔ ماؤف کا منظر ایک التہابی ضرر کے منظر سے تناظر ہو سکتا ہے۔ اس حالت میں ممکن ہے کہ التہاب بطانہ شرائین نہ ہو لیکن عروق خلوی رشحہ سے بالکل گھرے ہوئے ہوتے ہیں، جو گردو پیش کی بافتوں میں پھیل سکتا ہے اور اس کے ساتھ عصبی عناصر کا انحطاط ہوتا ہے؛ جو بہ ظاہر سمی نوعیت کا ہوتا ہے۔ سحایائے نحیف یعنی اُم حنونہ وعنکبوتیہ تقریباً تمام اصابتوں میں یک نواتی خلیوں سے در ریختہ ہوتے ہیں، اور بعض مثالوں میں اُم جافیہ بھی ماؤف ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ بہت موٹا ہو جائے، چنانچہ ساری نخاع ایک کثیف لیفی بند سے محصور ہو جاتی ہے، اور پھر اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ دباؤ کے باعث عروق دمویہ کی مسدودی اور اس طرح مرکزی لینت واقع ہو جاتی ہے۔ جہاں سحایا وسیع طور پر ماؤف ہوتی ہیں، عصبی جڑیں بھی التہابی تودہ میں ماؤف ہو جاتی ہیں اور نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ان کے ریشوں کا انحطاط واقع ہو جاتا ہے۔

علامات۔ ان کا انحصار ضرر کی امراضیات پر نہیں بلکہ اس کی مقامیت پر ہوتا ہے۔ تاہم مرض کی حاد اور مزمن شکل میں تفریق کرنا مفید ہے۔

حاد التہاب نخاع یا تو آتشکی یا عمومی سرایتی مبداء کا ہو سکتا ہے۔ حاد التہاب نخاع کی آتشکی قسم عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ عام طور پر،

اور عموماً ان نوعمر بالغوں میں ہوتی ہے، جن میں سابقہ چند سال سے اوّلی آتشک کی سرگذشت موجود ہوتی ہے۔ علامات بیشتر اصابتوں میں غالباً دبازت یافتہ عروق کی ناگہانی مسدودی کے باعث ہوتی ہیں، جس کا نتیجہ نخاع کی لینت ہوتی ہے۔ اسی واسطے حملہ کا آغاز اکثر ناگہانی ہوتا ہے، اور شلل اور عدم حسیّت بلا انتباہ اور بلا درد کے واقع ہو جاتی ہے، الا اس وقت جب کہ (جیسا کہ بعض اوقات ہوتا ہے) عروقی مرض کے ساتھ وسیع سحائی ماؤفیت بھی موجود ہو۔ سحائی ماؤفیت کی موجودگی کی حالت میں غالباً ماؤف پچھلی جڑوں کی توزیع میں پہلے درد کی شکایت ہوتی ہے۔ بنیئی اختلال کم ہوتا ہے یا نہیں ہوتا۔ دماغی نخاعی سیّال کے امتحان سے خلیات اور البیومن کی زیادتی اور مثبت تعامل واز رمن ظاہر ہوتا ہے۔ بالعموم تعامل وزارمن خون میں بھی مثبت ہوتا ہے۔

حادسرایتی التہابِ نخاع (acute infective myelitis)

ہر عمر میں، بلا تخصیصِ صنف واقع ہو سکتا ہے، لیکن بیشتر اوقات نوعمر بالغوں میں دیکھا جاتا ہے۔ یہ ایک نسبتہً شاذ مرض ہے۔ آغاز مرض میں عموماً بنیئی اختلال کے ایسے علامات ہوتے ہیں، جیسے کہ دردِ سر، اعضا شکنی، عدم اشتہا اور عام کسلمندی، اور ساتھ ہی مختلف درجہ کی تپ اور کبھی کبھی قشعریرہ بھی ہوتا ہے۔

عصبی علامات ضرر کے لیول سے نیچے شلل اور عدم حسیّت کے ساتھ ناگہانی طور پر نمویاب ہو سکتی ہیں، لیکن زیادہ اکثر مرض کا بحران واقع ہونے سے 664
پہلے چند روز گزر جاتے ہیں۔ ابتدائی علامات اطراف میں سُن پن اور جھنجھناہٹ اور خفیف درجہ کی حرکی کمزوری ہیں، اور ساتھ ہی عاصری اقتدار کی کمی ہو جاتی ہے۔ بالعموم درد محض خفیف سا ہوتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ پشت میں دھیما مستمر درد، یا سینہ اور شکم کے گرد ایک نطاقی احساس ہو مرض کے مزید نمو کے ساتھ شلل اور فقدانِ حس عموماً ضرر کے لیول تک کلی طور پر ہو جاتا ہے، اور ممکن ہے کہ یہ اوپر کی سمت میں ترقی کرے (حاد صعودی التہابِ نخاع (acute ascending myelitis = عضلاتِ عاصرہ پر اقتدار کا کامل فقدان ہو جاتا ہے، قروح الفراش

بہ سرعت پیدا ہو جاتے ہیں، تپ جاری رہتی ہے، اور مرض مختلف عرصہ تک ترقی کرتا ہوا مہلک اختتام تک پہنچ جاتا ہے یا زیادہ شاذ اصابتوں میں ممکن ہے کہ کسی قدر شفا ہو کر مرض رک جائے۔

حاد منتشر التہاب نخاع (acute disseminated myelitis)

سرایتی شکل کی ایک نسبتاً شاذ اور مہلک قسم ہے، اور اس میں ایسی علامات جو سارے دماغی نخاعی محور میں منتشر اضرار سے منسوب کی جا سکتی ہیں، شدید ذہنی اختلال کی امارات کے ہمراہ ہمزماں طور پر پیدا ہو جاتی ہیں، اور چند اصابتوں میں التہاب عصب بصری، خلف المقلہ التہاب عصب یا التہاب حلیمہ بصری بھی پیدا ہو جاتا ہے۔

سرایتی التہاب نخاع کی تمام شکلوں میں دماغی نخاعی سیال کے امتحان سے خلیوں کی زیادتی کا ظاہر ہونا ممکن ہے۔ یہ لمفی خلیے، کثیر الاشکال خلیے، یا دونوں کا آمیزہ ہوتے ہیں۔ لیکن بہت سی اصابتوں میں یہ سیال حیرتناک طور پر طبعی ہوتا ہے۔

حاد التہاب نخاع کی اصابت میں طبیعی امارات، قدرتی طور پر ضرر کے لیول اور اس کی وسعت کے لحاظ سے مختلف ہوتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 607)۔

حاد التہاب نخاع یا لینت کی اصابتوں میں موت اسباب ذیل کی وجہ سے واقع ہو سکتی ہے:۔ (۱) ان ریوی پیچیدگیوں کی وجہ سے جو عضلات تنفس کے شلل کے بعد واقع ہو جائیں۔ (۲) قروح الفراش سے جو خستگی کو زیادہ کر دیتے ہیں یا تعفن الدم پیدا کر دیتے ہیں۔ (۳) مثانہ کی پیچیدگیوں سے۔ (۴) بین رو امراض، مثلاً ذات الریہ یا شعبی التہاب سے۔ مثانہ میں التہاب (cystitis) کا نہایت رجحان ہوتا ہے کچھ تو پرورشی اختلال اور کچھ احتباس بول کے باعث۔ قاثاطیر کے استعمال سے عضویے داخل ہو کر عفونتی التہاب پیدا کر سکتے ہیں۔ جب التہاب مثانہ پیدا ہو جائے تو پیشاب سرعت کے ساتھ تحلیل ہو کر امونیائی ہو جاتا ہے الا یہ کہ اس کو قاثاطیر سے بار بار خارج کیا جائے۔ اس میں پیپ یا مخاطی ریم موجود ہوتا ہے اور رکھا رہنے پر جلد امونیم میگنیشیم سلفیٹ کی قلمیں جم جاتی ہیں۔ تقریباً کسی وقت بھی مثانہ کی عفونتی حالت حالبین کے راستے سے اوپر گردوں تک پھیل سکتی ہے،

اور پھر تقیحی التہاب حوض گردہ اور التہاب گردہ پیدا ہو کر ممکن ہے کہ مریض یوریا دمویت کے علامات سے ہلاک ہو جائے۔

جو اصابتیں ان خطرات سے محفوظ رہتی ہیں وہ عموماً ایک مزمن حالت اختیار کر لیتی ہیں، جن کی مدت غیر معین رہتی ہے، لیکن بعض اوقات کئی مہینوں کے بعد بتدریج شفا ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ ان اصابتوں کی تھوڑی تعداد نسبتۃً جلد اچھی ہو جائے، اور یہ التہاب نخاع کی ان خفیف تر اصابتوں میں جو ساری امراض کے بعد پیدا ہو جاتی ہیں زیادہ عام ہیں۔

آتشکی مبداء کی اصابتیں اکثر مناسب علاج سے شفایاب ہو جاتی ہیں، لیکن عموماً کم و بیش خطرناک درجہ کا تفلی شلل موجود ہوتا ہے جس میں عضلاتِ عاصرہ پر ناکمل اقتدار ہوتا ہے۔

مزمن التہاب نخاع تقریباً ہمیشہ آتشکی مبداء کا ہوتا ہے۔ اس عمل میں سحایا کی صنفیتی دبازت سے نخاع اور اس کے عروق کا تدریجی انضغاط واقع ہو جاتا ہے، اور ساتھ ہی آتشکی سم کی وجہ سے عصبی خلیوں اور ریشوں کا کسی قدر سمی انحطاط ہو جاتا ہے۔ اسی واسطے علامات ایک محدود المقام نخاعی التہاب سحایا کے ہوتے ہیں جس میں عصبی جڑوں کی ماؤفیت ہو، اور ساتھ ہی انضغاط نخاع کے علامات مستزاد ہوتے ہیں۔ ان اصابتوں کا بڑا خاصہ ان کے ابتدائی مدارج میں درد ہے جو پچھلی جڑوں کی ماؤفیت کی وجہ سے ہوتا ہے۔ یہ ٹیس کی نوعیت کا ہوتا ہے، اور اگر جیسا کہ اکثر ہوتا ہے، ضرر وسطی ظہری خطے میں ہو تو بالعموم درد پشت میں شروع ہو کر ایک یا دونوں جانب دھڑ کے گرد تشعع کرتا ہے۔ اگر عنقی خطہ ماؤف ہے، تو یہ درد ایک یا دونوں بازوؤں کے طول میں محسوس ہوتا ہے، اور اس کے ساتھ حرکی عصبی جڑوں کی ماؤفیت کی وجہ سے عضلی شلل اور ذبول بھی موجود ہوتا ہے (ملاحظہ ہو داخلی التہاب سحایائے ثخینہ = internal pachymeningitis)۔ ممکن ہے کہ جڑوں کی خراش اور اتلاف کی یہ علامتیں چند ماہ موجود رہیں قبل اس کے کہ نخاع خطرناک طور پر ماؤف ہو۔ نخاع کے عرضی ضرر کے علامات بتدریج نمودار ہوتے ہیں، 665
اور یہ اطراف زیریں کی سریع الزوال کمزوری اور سن پن کے ساتھ شروع ہوتے ہیں،

جس کے ساتھ عضلات عاصرہ پر اقتدار رکھنے میں دقت ہوتی ہے اور چند ہفتوں میں تشنجی پا فالج (spastic paraplegia) کی حالت تک ترقی کر جاتے ہیں جس میں بڑھے ہوئے وتری جھٹکے اور باسط اخمصی مجیبیتیں پائی جاتی ہیں۔ بالعموم قوت وحس پذیری کا فقدان کامل نہیں ہوتا۔

اگر ضرر قطنی عجزی کلانی میں واقع ہے تو نمایاں ترین علامات عجزی عصبی جڑوں کی توزیع میں درد اور عاصری اقتدار کا اختلال ہوتے ہیں۔

متذکرۂ بالا قسموں کے حاد اور مزمن آتشکی التہاب نخاع کی اصابتوں کے درمیان سختی کے ساتھ خط فاصل قایم کرنا غیر ممکن ہے؛ عروقی دیواروں کا مرض تقریباً ایک مستقل خاصہ ہوتا ہے۔ چنانچہ ایک ایسی اصابت میں جو صمغیتی التہاب سحایا کی علامتوں کے ساتھ شروع ہوئی ہو ممکن ہے کہ علقیتی لینت کی وجہ سے نخاع کے ایک عرضی ضرر کے امارات نمویاب ہو جائیں۔

آتشکی التہاب نخاع کی ایک دوسری کسی قدر شاذ شکل وہ ہے جس میں نوعی سمیات سے صرف ہرمی خطے ماؤف ہوتے ہیں۔ اس کے نتیجہ کے طور پر جوارح زیرین کا بتدریج ترقی پذیر ہرمی شلل پیدا ہو جاتا ہے جس کے ساتھ ہی عمیق معکوسات کی زیادتی، باسط اخمصی مجیبیتیں اور تشنجیت واقع ہو جاتی ہے۔ اسے ارب کا آتشکی پا فالج (Erb's syphilitic paraplegia) کہتے ہیں۔

ایک دوسرا شاذ اور مبہم مرض، جسے سمی التہاب نخاع (toxic myelitis) کہتے ہیں، بالخصوص حمل کے ساتھ پایا جاتا ہے۔ اس کے علامات نخاع کے بتدریج ترقی پذیر عرضی ضرر کے ہوتے ہیں جو کہ نامکمل ہوتا ہے، اور خود بخود شفایابی کا رجحان ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ حالت زچگی کے بعد بالکل جاتی رہے اور بعد کے حمول کے ساتھ مکرر ہوتی رہے۔

تشخیص۔ تپ اور حِسّی اختلال کی وجہ سے التہاب نخاع کی حاد سرایتی قسم کی تشخیص عموماً مشکل نہیں ہوتی۔ لیکن اس کا اعتراف کرنا چاہئے کہ عمومی مرض کے ایسے امارات فقرات کی درنی بوسیدگی یا خبیث بالیدگی اصابتوں میں بھی موجود

ہو سکتے ہیں، جن میں بعض اوقات انضغاط نخاع کے امارات کا آغاز بھی بالکل ناگہانی ہو سکتا ہے۔ بالعموم عمود الفقرات کا بہ احتیاط امتحان اور عظمی کنال کے اس حصہ کی لاشعاعی تصویر جو ماؤف فلقہ کو مصور کرتا ہو ان اصابتوں کو متفرق کرنے کے لئے کافی ہوتی ہے۔ حاد التہاب رماد النخاع (acute poliomyelitis) اور شلل لینڈری (Landry's paralysis) کی تشخیص حسی فقدان اور عاصری ماؤفیت کی غیر موجودگی کی وجہ سے کی جا سکتی ہے۔

آتشکی التہاب نخاع کی حاد اور بالخصوص مزمن دونوں قسموں کی تفریق اس انضغاط نخاع سے کرنی پڑتی ہے جو اغشیہ یا فقرات کے سلعات سے، یا عمود الفقرات کی بوسیدگی کے باعث پیدا ہو جائے۔ یہاں بھی لاشعاعی صحفہ فقری مرض کو خارج از بحث کرنے میں مدد دے گا، اور آتشکی اصابتوں میں دماغی نخاعی سیال ہمیشہ خلیوں اور البیومین کی زیادتی، اور مثبت تعامل واز رمن ظاہر کرتا ہے۔ آخر الذکر خون میں بھی مثبت ہوتا ہے۔ بعض اوقات التہاب نخاع التہاب اعصاب محیطی سے بھی خلط ملط ہو سکتا ہے۔ لیکن اس آخر الذکر حالت میں عاصری اختیار میں کوئی اختلال نہیں ہوتا، کمزوری دھڑ کو ماؤف کرنے سے پہلے بالائی اور زیرین جوارح کو ماؤف کرتی ہے، اور حسی اختلال، جب موجود ہو تو محیطی عصبی توزیع رکھتا ہے۔

منتشر صلابت کی ایک وسیع چکتی بھی حاد التہاب نخاع کے تمام امارات پیدا کر سکتی ہے، لیکن ایسا کوئی شدید حسی اختلال نہیں ہوتا جیسا کہ حاد سرایتی اصابتوں میں ہوا کرتا ہے۔ دماغی نخاعی سیال کے امتحان سے آتشک کے خارج از بحث کرنے میں مدد ملتی ہے۔ اور سرگزشت مرض کے بہ احتیاط تبصرہ سے اور شاید دوسرے امارات جیسے کہ رقص مقلہ کی موجودگی سے تشخیص صاف ہو جائے گی۔

انذار۔ کامل شفا یابی مستثنیات سے ہے، بجز ان اصابتوں کے جو خسرہ یا چیچک کے بعد پیدا ہو جاتی ہیں، جن میں انذار نہایت امید افزا ہوتا ہے۔ بیشتر آتشکی اصابتوں میں معقول علاج سے بہت اصلاح ہو جاتی ہے لیکن ہمیشہ

شلل کا کچھ حصہ باقی رہ جاتا ہے جس کے ساتھ عموماً عاصری اقتدار میں کمی ہوتی ہے۔ حاد سرایتی التہاب نخاع کی بیشتر اصابتیں، یا تو ابتدائی مرض کی شدت کی وجہ سے ابتدائی درجوں میں ہی، یا بولی عفونت یا قروح الفراش کی وجہ سے بعد میں، ہلاکت پر ختم ہوتی ہیں۔

علاج ۔ التہاب نخاع کی اصابت کا عمومی علاج وہی ہے جو نخاع کے عرضی ضرر کی اصابت کا ہوتا ہے، اور اس کا بیان پہلے انضغاطی اضرار کے عنوان 666
کے تحت درج کیا گیا ہے (صفحہ 660)۔

آتشکی التہاب نخاع کا علاج ۔ جو اصابتیں آتشک کی وجہ سے ہوں ان میں سالورسان (salvarsan) دینا چاہئے، اور مرکیوری (پارہ) اور پوٹاسیئم آیوڈائڈ (potassium iodide) کا ایک نصاب شروع کر کے عرصۂ دراز تک جاری رکھنا چاہئے۔ اس میں کسی قدر اختلاف رائے ہے کہ سالورسان کی کیا مقدار کام میں لانی چاہئے۔ لیکن معلوم ہوتا ہے کہ عصبی نظام کی آتشک کے موثر علاج کے لئے کسی دوسرے مقام کی آتشک کی حالت کے نسبت زیادہ بڑی مقداروں کی ضرورت ہوتی ہے۔ اور یہ کہ مرض کی اس شکل میں مبتلا ہونے والے مریض اس دوا کی نسبتہً زیادہ برداشت رکھتے ہیں۔

مندرجۂ ذیل نصاب کی سفارش کی جاتی ہے :۔ ایک بالغ مرد کیلئے نووارسینوبلان (novarsenobillon) کی ابتدائی مقدار دروں وریدی راہ سے ۰.۴۵ گرام ہونی چاہئے، جس کے بعد ایک ہفتہ کے وقفے سے ۰.۶ گرام دینا چاہئے اور بالآخر ایک ایک ہفتہ کے وقفوں سے ۰.۹ گرام کی چھ مقداریں دینی چاہئیں۔ اس کے بعد مزید نووارسینوبلان دینے سے پہلے آٹھ ہفتوں کا وقفہ گذر جانے دینا چاہئے تاکہ سنکھیا کے آجل تسمم کے خطرات کا حفظ ماتقدم ہو جائے۔ اس مدت کے دوران میں بزمتھ کی ایک ہفتہ واری مقدار مثلاً سٹیبسمال stabismol = ۲ مکعب سمر) دروں عضلی اشراب کے ذریعہ دی جاتی ہے۔ اس کے بعد وریدی اشرابات ۰.۹ گرام کی مقدار سے پھر شروع کر دئے جاتے ہیں، اور ان دروں بعد ایک ایک ہفتہ کے وقفہ سے ۰.۹ گرام کی چھ اور مقداریں دی جاتی ہیں۔ علاج کے اس نصاب کے

دوران میں پارے اور پوٹاسیم آیوڈائیڈ براہ دہن دینے چاہئیں۔ ایک آمیزہ جس میں ایک ڈرام لائکر ہائڈرارجائرائی پرکلورائڈائی (liquor hydrarg. perchlor.) اور ۵ اگرین پوٹاسیم آیوڈائیڈ ہو، دن میں تین مرتبہ دینا مناسب ہے۔ چونکہ پارہ یا بزمتھ استعمال کرنے والے اشخاص میں مسوڑھوں اور منہ میں عفونتیں حائیں پیدا ہو جانے کا امکان ہوتا ہے، لہذا مریض کو ہدایت کر دینی چاہئے کہ اس علاج کے دوران میں اپنے دانتوں کو صاف رکھنے کے لئے خاص احتیاط عمل میں لائے۔ اگر اس قسم کی علامتیں پیدا ہو جائیں تو ان ادویہ کا علاج فی الوقت ملتوی کر دینا چاہئے۔

اس نصاب کے ختم ہونے کے ایک ماہ بعد خون اور دماغی نخاعی سیال میں تعامل واز رمن کا امتحان کرنا چاہئے لیکن اگر یہ منفی بھی ہو تو مریض کو "شفایاب" نہیں سمجھ لینا چاہئے۔ اگر یہ معلوم ہو کہ مرض کی ترقی رک گئی ہے تو مریض کو یہ علاج سردست موقوف کر دینا چاہئے، لیکن خواہ تعامل واز رمن مثبت ہو یا منفی، اسے چاہئے کہ ہر سال مزید علاج کا ایک مختصر نصاب استعمال کرلے، جس میں ۰.۶ گرام نووارسینوبلان کے چار ہفتہ واری اشرابات، اور اس کے ساتھ پارہ اور آیوڈائیڈ کا آمیزہ ہفتہ بھر دن میں تین مرتبہ دینا شامل ہے۔

اگر کسی اصابت میں ابتدائی نصاب کے اختتام پر علامات فاعلی طور پر ترقی پذیر معلوم ہوں تو ایک مناسب وقفہ کے بعد اسی اصول پر علاج دوبارہ شروع کرنا چاہئے، اور ٹہیاکے تسمم کے علامات کو احتیاط کے ساتھ دیکھتے رہنا چاہئے۔ نووارسینوبلان کی متذکرۂ بالا مقدار وہ ہے جس کی سفارش ایک تندرست بالغ مرد کے لئے کی گئی ہے۔ انفرادی اصابتوں کے علاج میں کتنی مقدار کام میں لائی جائے، اس پر مریض کی عام حالت کی مناسبت کے لحاظ سے بہ احتیاط غور کر لینا چاہئے، اور یاد رکھنا چاہئے کہ بعض اشخاص، جتنی مقداروں کی سفارش کی گئی ہے اس سے بہت کم مقداریں بھی برداشت نہیں کر سکتے۔ تسمم کے ابتدائی امارات جن کو دیکھنا چاہئے حسب ذیل ہیں: ہر اشراب کے بعد چوبیس گھنٹوں کے اندر غثیئی اختلال، مسلسل کسلمندی اور معدی معوی خراش پذیری، یرقان

اور ایسے جلدی اختلالات جیسے کہ احمرار اور تسلّی التہاب جلد کسی ایسی علامت کا پیدا ہونا گویا تنبیہ ہے اس امر کی کہ سنکھیا کے علاج کو فی الفور موقوف کر دیا جائے (ملاحظہ ہو صفحہ 117)۔

نخاع کے اندر نزف

(نزف نخاعی = haematomyelia)

یہ ایک نہایت شاذ واقعہ ہے اور دماغی نزف سے حیرتناک تضاد ظاہر کرتا ہے، جو دماغی شلل کا ایک نہایت عام سبب ہے۔

اسباب۔ یہ تقریباً تمام اصابتوں میں ایسے تضرر کا نتیجہ ہوتا ہے، جو یا تو شوکہ کو راست تشدد لگنے سے، یا نسبتہً کم راست طور پر پاؤں یا سر کے بل گرنے سے واقع ہو۔ آخری صورت میں، جب کہ یہ ارتجاج دماغ یا کوفتگی دماغ کے ساتھ پایا جاتا ہے، ممکن ہے کہ یہ آسانی نظر انداز ہو جائے۔ نخاع کا عنقی خطّہ وہ حصہ ہے جو کہ نہایت عام طور پر ماؤف 667 ہوتا ہے اور یہاں نزف عموماً رمادی مادے میں محدود ہوتا ہے۔ "بالذات" نخاعی نزف کی شاذ اصابتیں بھی مرقوم ہیں، اور ماسبق نخاعی جوفیت کے کہفہ کے اندر بھی نزف واقع ہو سکتا ہے۔

ضربی اصابتوں کی بہت بڑی اکثریت میں ضرر عنقی کلانی کے زیریں حصہ میں واقع ہوتا ہے اور تضرر سر کی چوٹی پر قوت لگانے اور گردن کی زور دار خمیدگی کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اغلب یہ ہے کہ ان اصابتوں میں سے اکثر میں نخاع کو اس طرح نقصان پہنچتا ہے کہ عنقی شوکہ کے کسری ظلع سے لمحی انضغاط واقع ہو جاتا ہے۔ کوفتگی جو ایسے تضرر سے پیدا ہوتی ہے اس کا اعظم شقاقی اثر، نخاع کے مرکزی رمادی مادہ میں پڑتا ہے۔

علامات۔ شدید نخاعی نزف کی علامتیں ابتدائی درجوں میں نخاع کے عرضی ضرر کی علامتوں سے ناقابل شناخت ہوتی ہیں، کیونکہ گو نزف رمادی مادے تک محدود ہوتا ہے تاہم وہ اس کے گرد کے طولی ریشوں کو مضغوط کر دیتا ہے۔ جب اس کے اثرات رفع ہو جاتے ہیں تو رمادی مادّے کی مضرت رسیدگی کے نتائج اس شکل میں ظاہر ہوتے ہیں کہ اوف فلقوں کے اگلے قرن کے خلیتوں

سے رسد پانے والے عضلات کا ہزال اور کمزوری پائی جاتی ہے، اور اس لیول سے
متفرق عدم حسیت ہوتی ہے یعنی لمسی یا وضعی حواس کے فقدان کے بدون، درد
تپش کی حس پذیری متاثر ہو جاتی ہے۔

تشخیص۔ ضربی اصابتوں میں نخاع کے انضغاطی ضرر سے تشخیص کرنی
اتنے درجہ کے نشوہ کی موجودگی کہ جو انضغاط پیدا کر دینے کے لئے کافی ہو، سریری
لاشعاعی امتحان سے دریافت ہو سکتی ہے، اور زیر عنکبوتی مسدودی کی شہادت
جو قطنی کچوکے سے حاصل ہو، تشخیص کو متیقن کر دیتی ہے۔ شاذ بالذات اصابت
میں حملہ کا ناگہانی آغاز اس حالت کو نخاعی جوفیت (syringomyelia) کی
سے متفرق کرنے کے لئے، اور حسی فقدان کی متفرق نوعیت عرضی التہاب نخاع
متفرق کرنے کے لئے کافی ہوتی ہے۔

انذار۔ اگر مریض ابتدائی چند گھنٹوں تک زندہ رہ جائے، تو اوتی
سے موت شاذ ہی واقع ہوتی ہے۔ ازاں بعد ممکن ہے کہ بولی عفونت یا قروح
ہلاکت کا باعث ہو جائیں۔ تقریباً تمام اصابتوں میں کسی قدر شفایابی کی توقع
ہے، اور ابتدائی درجوں میں اصلاح کی رفتار سے ایک حد تک آخری انذار کا اند
ہو سکتا ہے۔ اگر ضرر لگنے کے بعد ایک یا دو ہفتوں کے اندر قوت، حس پذیری اور
اقتدار میں اصلاح نظر آئے تو مستقبل امید افزا نظر آتا ہے۔ اگر تین ماہ کے اختتا
قوت عود نہ کر آئے تو شلل کے مستقل رہنے کا امکان ہے۔ عنقی کلائی کو ماؤف کرنیو
تمام اصابتوں میں ہاتھوں کا ذبولی شلل جو کہ اگلے قرن کے خلیوں کے اتلاف کا نتیجہ
ہے ممکن ہے کسی حد تک ایک مستقل از کار رفتگی کے طور پر باقی رہ جائے۔

علاج۔ کامل آرام کا خیال سب سے مقدم ہونا چاہئے۔ مریض کو چت
لٹا دینا چاہئے، اور بہتر یہ ہے کہ اسے ایک آبی توشک پر لٹایا جائے، اور سب
سے زیادہ اس امر کی احتیاط چاہئے کہ مریض کو بلاضرورت حرکت نہ دی جائے
بے چینی کو رفع کرنے کے لئے ابتدائی اڑتالیس گھنٹوں میں مارفیا کا آزادانہ استع
کرنا چاہئے، بشرطیکہ وظیفہ تنفس میں خرابی نہ موجود ہو۔ دلک، ورزش اور برقی
کی کم از کم تین ہفتوں تک ممانعت کر دینی چاہئے۔

منتشر صلابت

(disseminated sclerosis)

(صلابت متعدد = multiple sclerosis، جزیری صلابت = insular sclerosis، صلابت رقعات منتشر = sclerose en plaques disseminees)۔

اس مرض کی ممیز خصوصیت یہ ہے کہ اس میں سارے دماغ اور نخاع میں صلابت کی متعدد چکتیاں نمویاب ہو جاتی ہیں۔

اسباب۔ یہ مرض مردوں کے نسبت عورتوں میں کسی قدر زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ علامات زیادہ تر نوعمری یا ابتدائی بالغ زندگی میں دیکھی جاتی ہیں، اور ۱۷۰ اصابتوں میں سے جو کہ راقم الحروف نے مشاہدہ کیں، ۶۷ فیصدی میں آغاز بیس اور چالیس سال کی عمروں کے درمیان ہوا۔ ۸٫۵ فیصدی میں چودہ [۱۴] اور بیس [۲۰] کی عمروں کے درمیان، اور بقیہ ۲۴٫۵ فیصدی میں چالیس سے اوپر کی عمر میں اور انتہائی عمر پچپن تھی۔ اگرچہ امراضیاتی اور سریری شہادت اس امر پر دلالت کرتی ہے کہ مرض کا سبب کوئی سمی یا ساری عامل ہے، تاہم اس کی نوعیت کے متعلق جو تجربی تحقیقات کی گئی ہے اس سے اب تک منفی نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ اصابتوں کی ایک تھوڑی سی تعداد میں اُسی خاندان کے کئی ایک افراد میں مرض واقع ہو جاتا ہے، جو اس امر کی دلیل ہے کہ جبلی استعداد تسبیب مرض میں حصہ لے سکتی ہے۔

668

امراضیات۔ اگرچہ مبداء مرض کے متعلق تیقن کے ساتھ کچھ نہیں کہا جا سکتا، یہ اغلب ہے کہ وہ سمیات جو کہ خون کے ذریعہ منتقل ہو جاتے ہیں مائلینی غلافوں اور بالآخر محور استوانوں کے انحطاط کا موجب ہوتے ہیں، اور ہمزماں طور پر یا کچھ عرصہ بعد، عصبی سریشی کی بیش تکوین واقع ہو جاتی ہے، جس کا نتیجہ بالآخر صلابت کا وقوع ہے۔

مرضی تشریح۔ نخاع، نخاع مستطیل، جسر، اور قاعدہ دماغ کی سطح گلابی رمادی رنگ کی متعدد بے قاعدہ چکتیاں پیش کرتی ہے، جو کسی قدر واضح خاکہ رکھتی ہیں اور نخاع مستطیل جسر اور ساقین کے قدرتی سپید رنگ سے تضاد ظاہر کرتی ہیں۔

تراشنے پر یہ پایا جاتا ہے کہ بدرنگی اندر کے طرف پھیلی ہوئی ہے جس سے گول یا بیضوی شکل کے جاؤ بنے ہوئے ہیں۔ ان کی جسامت ایک مٹر سے لے کر فندق کے برابر ہوتی ہے، اور وہ عموماً طبعی عصبی بافت کے نسبت زیادہ سخت، بلکہ چرمی یا غضروفی، بعض اوقات تراش کے لیول سے اوپر ابھری ہوئی اور بعض اوقات اس سے نیچے ڈوبی ہوئی ہوتی ہیں۔ تازہ چکتیاں سیاہ رمادی، اور نسبتہً پرانی چکتیاں زیادہ زرد رمادی، اور نسبتہً کم نیم شفاف ہوتی ہیں۔ وہ رمادی مادے کے نسبت سپید مادے کو زیادہ ماؤف کرتی ہیں۔ چنانچہ نخاع میں قرنوں کا بیشتر حصہ غیر ماؤف ہوتا ہے، اور دماغ میں وہ نیم کروں کو تراشنے پر بہترین نظر آتی ہیں، جن میں رمادی رقبوں کے نقطے نظر آتے ہیں، اور جانبی بُطینوں کی دیواروں پر اکثر حملہ ہوتا ہے۔ مَصِیفِ سلفیوس بھی عموماً صلابت کے رقبوں سے گھرا ہوا ہوتا ہے۔ دمیغ میں وہ زیادہ کثیر الوقوع نہیں ہوتیں، مگر ممکن ہے کہ شمی بصلوں اور نخاعی اور جمجمی عصبی جڑوں پر ان کا حملہ ہو۔ خالی آنکھ کے نسبت خردبین کے نیچے چکتی یا گرہک کا خاکہ نسبتہً بہت کم نمایاں ہوتا ہے۔ گرہک بالخصوص لیفی یا باریک ریشکدار بافت پر مشتمل ہوتی ہے، جو عصبی سریش کی بیش بالیدگی سے نمویاب ہو جاتی ہے۔ اسی رقبے کے اندر عصبی ریشوں کی مائیلینی پوششیں غائب ہو جاتی ہیں، گر بہت سے محور استوانے باقی رہ جاتے ہیں۔ معلوم ہوتا ہے کہ اضرار کے ابتدائی ترین درجے میں مائیلین غلافوں کا انحطاط ہوتا ہے، جو متورم ہو جاتے ہیں، اور بالآخر ٹوٹ پھوٹ کر شحمی قطیرے بن جاتے ہیں۔ مائیلینی انحطاط کے حاصلات بطور خراش آور کے عمل کرتے ہیں، قرب وجوار کے عروق ممتلی ہو جاتے ہیں، اور لمفی خلیوں، کثیر الاشکال نواتی اور پلازمی خلیوں کی گرد عروقی درریزش واقع ہوتی ہے۔ اگلے درجے میں بڑے یک نواتی خلیے پیدا ہوتے ہیں جو شحمی قطیروں کو نگل جاتے ہیں اور انہیں وریدکوں تک لیجاتے ہیں۔ ساتھ ہی گرد و پیش کے سریشی خلیوں کا تعامل ہوتا ہے، جس کا مقابلہ اتصالی بافت کے خلیوں کے اس تعامل سے کیا جا سکتا ہے جو جسم میں دوسرے مقامات پر التہابی ماسکوں کے گرد ہوا کرتا ہے۔ محور استوانے، مائیلین کے مقابلے میں کم شدت کے ساتھ ماؤف ہوتے ہیں، لیکن کچھ حد تک ہمیشہ متاثر ہوتے ہیں، اور وہ جو کہ متاثر ہوتے ہیں بے قاعدہ طور پر متورم ہو کر آخر کار غائب ہو جاتے ہیں۔ بالآخر جب انحطاط کے حاصلات کلی طور پر

منتشر صلابت کی دو واصابتوں سے لی ہوئی تراشیں جن کی تلوین ویگرٹ پال کے طریقہ سے کی گئی ہے۔ شاحب رقبے انحطاط اور صلابت کے جزیرے ظاہر کرتے ہیں۔ تندرست ریشوں کا رنگ سیاہ ہوگیا ہے۔

صفحہ ۵۴



تصویر ۱۔ جسر کا بالائی لیول × ۳ ½



تصویر ۲۔ پانچواں عنقی فلقہ × ۷

(ڈاکٹر جے۔ آر۔ یرڈ راو کی لی ہوئی عکسی تصاویر سے)

دور ہو جاتے ہیں تو سرشتی بیش بالیدگی کی ایک کثیف جلتی اصلی ضرر کے ندبہ کی قائم مقام ہوتی ہے۔ اگر زیادہ سرشتی تعامل ہو تو متصلہ ماسکے ایک دوسرے سے مربوط ہو کر مشترک تصلبی رقعہ بنانے کا رجحان رکھتے ہیں جو خالی آنکھ سے نظر آسکتا ہے۔

ویگرٹ پال کے طریقے سے حاصل کی ہوئی تراشوں میں تندرست ریشے سیاہ رنگ قبول کر لیتے ہیں، اور سرشتی صلابت کے رقعات جو کہ بے رنگ رہ جاتے ہیں، سیاہ پس منظر کے مقابلے میں واضح تضاد ظاہر کرتے ہیں۔

علامات۔ مرض کے ابتدائی درجوں میں اس کا نہایت ممیز خاصہ علامات کی گوناگونی اور اکثر سریع الزوال نوعیت ہے، جس کا انحصار اس امر پر ہوتا ہے کہ مرض کے دقیق ماسکات سارے دماغی نخاعی محور میں جہاں تہاں اور بلا تخصیص مقام توزیع یافتہ ہوتے ہیں، اور ان میں سے ہر ایک ماسکہ اپنے ابتدائی درجوں میں وظیفہ کا اس سے زیادہ اختلال پیدا کر دیتا ہے کہ جتنا بالآخر باقی رہتا ہے۔ جوں جوں صلابت کی متواتر جلتیوں کے اجتماع اور انضمام سے مرض ترقی پذیر ہوتا ہے، مستقل مضرت رسیدگی کا مجموعی رقبہ برابر زیادہ ہوتا جاتا ہے، چنانچہ علاماتی تصویر زیادہ یکساں اور زیادہ مستقل ہو جاتی ہے۔

خود آغاز مرض کا طریقہ مختلف ہوتا ہے۔ اکثر و بیشتر وہ کسی قدر ناگہانی ہوتا ہے، اور علامات طولی لیفی خطوں، اعصاب بصری یا ساق دماغ کے جرم کے کسی چھوٹے ضرر سے منسوب کیے جا سکتے ہیں۔ اس طرح ممکن ہے کہ مریض وسطی یا جوارح کے کسی رقبہ میں سن پن کی، یا ایک پاؤں کے کھنچاؤ کی، یا مثانہ پر اقتدار رکھنے میں کسی خفیف دقت کی، یا دوہری بصارت کی، یا ایک یا دوسری آنکھ کے سامنے دھندلے پن کی شکایت کرے۔ ممکن ہے کہ اس وقت امتحان کرنے پر عضوی مضرت رسیدگی کی خفیف شہادت ظاہر ہو، مثلاً حس پذیری میں کمی، شکمی معکوسوں کی عدم مساوات یا غیر موجودگی، یا غیر طبعی انخمصی مجیبت، لیکن یہ امارات اور ان کے ساتھ کے علامات عموماً چند دنوں یا ہفتوں کے دوران میں غائب ہو جاتے ہیں، اور سکون کے ایک اختلاف پذیر وقفے کے بعد کسی دوسرے مقام پر نئی شکایات پیدا ہو جاتی ہیں یا پرانی شکایتیں پھر تازہ اور شدید ہو جاتی ہیں۔ دوسری اصابتوں میں علامات نسبتہً زیادہ تدریجی طور پر شروع

669

ہوتے ہیں، شاید ایک یا دونوں ٹانگوں کی ترقی پذیر کمزوری اور اکڑ، یا ہاتھ کے بڑھتے ہوئے رعشے کے ساتھ۔ لیکن ان اصابتوں کی اکثریت میں بھی فترات اور استقرارات ظاہر ہوتے ہیں، چنانچہ مرض کا مر شاذ ہی مسلسل ہوتا ہے۔

ابتدائی ترین علامات کی نوعیت کا انحصار مرض کی ابتدائی ٹکیوں کی مقامیت پر ہوتا ہے اور اسی واسطے وہ نہایت مختلف ہوتی ہے۔ لیکن یہ یاد رکھنا چاہئے کہ مرضی عمل بالخصوص دماغی نخاعی محور کے سپید مادے کو ماؤف کرتا ہے۔ یہ کہ خاص حسی اور حرکی خطوں کے بڑے طول کی وجہ سے انھیں کو زیادہ تر مضرت پہنچنے کا امکان ہوتا ہے۔ اور یہ کہ ان کی وظیفی اہمیت کے باعث ایسی مضرت رسیدگی سے علامات پیدا ہونے کا نہایت امکان ہوتا ہے۔ مزید برآں جوارح زیرین کو جانے والے اور ان سے آنے والے ریشے بوجہ اپنے زیادہ طول کے اس سے زیادہ اثر پذیر ہوتے ہیں کہ جتنے بازوؤں سے متعلق ریشے۔

تاہم بصری اعصاب، سفید مادے کے اندر وہ جس قدر جگہ گھیرتے ہیں اس کے مدنظر، بہت زیادہ تواتر کے ساتھ ماؤف ہوتے ہیں، اور وہ بسا اوقات مرض کے ابتدائی درجہ میں ہی ماؤف ہو جاتے ہیں۔ اس ماؤفیت کی سب سے ممیز شکل خلف المقلہ التہاب العصب کا حملہ ہے، جو بالعموم ایک ہی آنکھ تک محدود رہتا ہے۔ مریض کو دفعتہً نقص بصارت کا شعور ہوتا ہے، اور تندرست آنکھ بند کرنے پر وہ یہ پاتا ہے کہ اس کی بصارت میں شدت کے ساتھ کمی ہو گئی ہے۔ آغاز حملہ کے ساتھ بالعموم آنکھ کے ڈھیلے میں درد ہوتا ہے، بالخصوص حرکت کرنے پر، اور نقص بصارت کئی دن کی مدت تک ترقی کرتا چلا جاتا ہے۔ اس درجہ پر قعر کا امتحان کرنے پر کوئی غیر طبعی حالت نہیں پائی جاتی، اِلّا اس صورت میں کہ ضرر سامنے کو حلیمہ تک پھیل گیا ہو، جب کہ اختلاف پذیر درجہ کا تورم (التہاب حلیمہ بصری) مشاہدہ کیا جاتا ہے۔ استبصاری میدانوں کے امتحان سے ایک مرکزی ظلمہ منکشف ہوتا ہے اور اگر یہ بڑا ہو اور تیزی نظر متناظر شدت کے ساتھ کم ہو گئی ہو، تو متاثرہ جانب کی پتلی کا تعامل بالنور قلیل الاستقامت ہوتا ہے۔ ایک اختلاف پذیر مدت کے بعد وظیفۂ بصارت میں اصلاح واقع ہو جاتی ہے، اور بسا اوقات طبعی حالت عود کر آتی ہے۔ آغاز سے چند ہفتے کے اندر بصری قرص میں

بالخصوص اس کی صدغی جانب میں، ذبول عصب بصری کا امتیازی شحوب دکھائی دیتا ہے۔
منتشر اصابت کی ۱۳۹ اصابتوں کے ایک سلسلہ میں جس کو راقم الحروف نے جمع کیا خلف المقلہ التہاب عصب کا ایسا حملہ ۲۸ فیصدی میں کسی نہ کسی وقت واقع ہوا اور ان میں سے دو تہائی اصابتوں میں یہ تنہا یا دوسری علامات کے ہمراہ مرض کی پہلی شہادت تھی۔ تاہم بصری اعصاب کی ماؤفیت دوسرے حصوں کی ماؤفیت کی طرح بتدریج اور غیر محسوس طور پر ہو سکتی ہے، چنانچہ یہ امر شاذ نہیں ہے کہ جب ذبول عصب بصری ایک یا دونوں آنکھوں میں مشاہدہ کیا جائے تو مریض بصارت کے کسی ناگہانی یا شدید اختلال کی کوئی روئداد نہ پیش کر سکتا ہو، اور اس امر سے بے خبر ہو کہ یہ ماؤف ہے۔ دونوں آنکھوں میں بصارت کا کسی شدید حد تک مستقل طور پر کم ہو جانا خوش قسمتی سے انتہائی طور پر شاذ ہے۔
ابتدائی علامات اکثر اوقات فساد حسّی کی شکل اختیار کرتے ہیں، یعنی سُن پن، جھنجھناہٹ، تنگی، برودت یا حرارت کے احساسات، جو دھڑ یا جوارح کے مختلف رقبوں کی طرف محوّل کیے جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ با احتیاط امتحان کرنے پر جلدی حس پذیری میں کمی معلوم ہو، لیکن پچھلے استوانوں کی مضرت رسیدگی کے امارات کا وقوع نسبتہً زیادہ عام ہوتا ہے، جو وضع اور حرکتِ مجہول کے حواس کی کمی، ارتعاشی حس کی کمی یا فقدان، اور ہاتھوں میں لمسی شکل ناشناسی سے ظاہر ہوتے ہیں۔ بازوؤں میں اس نوعیت کی وسیع مضرت رسیدگی بعض علامات پیدا کر سکتی ہے، جو کسی قدر ممیز ہوتے ہیں، اور کسی طرح غیر عام نہیں۔ مریض شکایت کرتا ہے کہ ہاتھ بیکار ہے۔ وہ اسے کھانے، کپڑوں میں بٹن لگانے، وغیرہ اغراض کے لئے اچھی طرح کام میں نہیں لا سکتا۔ امتحان کرنے پر فقدان قوت نہیں ظاہر ہوتا، اور بالعموم لمسی حس پذیری میں کوئی کمی نہیں ہوتی، لیکن حس وضع میں بڑا فقدان ہوتا ہے اور اسی وجہ سے ہر جلہ اور لمسی شکل ناشناسی ہوتی ہے۔
حرکی اختلال کی حاد ترین شکل ایک یا دونوں ٹانگوں کی کمزوری ہے جو اسی قسم کی ہوتی ہے جیسی کہ ہرمی مضرت رسیدگی کے باعث ہوتی ہے۔ چنانچہ عضلات کا وہ گروہ جو سب سے پہلے ماؤف ہوتا ہے ٹخنہ کے ظہری خم کن عضلات کا ہوتا ہے،

جس سے پاؤں زمین کے برابر گھسٹتا ہے، اور ممکن ہے کہ یہ ابتدائی درجوں میں صرف زیادہ ورزش کے بعد محسوس ہو، مثلاً دن بھر چلنے کے بعد شام کے وقت۔ اس کمزوری کے ساتھ، جو زیادہ شدید اصابتوں میں گھٹنے اور کولھے کے جوڑوں پر کے خم کن عضلات کو بھی ماؤف کرتی ہے، ٔ اسلات کی تشنج کر ختگی پائی جاتی ہے، چنانچہ ممکن ہے کہ مریض شلل کے بجائے اکڑ کی شکایت کرے۔ اسی کے ساتھ بعض اوقات ٹانگوں میں "اینٹھن" کی، یا غیر ارادی خم کن حرکات کی شکایت بھی ہوتی ہے، جنھیں جوارح زیرین کا "اوپر کو اچھلنا" کہتے ہیں، اور یہ حرکات بالخصوص رات کے وقت بستر میں واقع ہونے کا رجحان رکھتی ہیں۔

جب اس نوعیت کی علامتیں نمایاں ہوتی ہیں تو ان کے ہمراہ ایک ہرمی ضرر کے امارات، یعنی شکمی معکوسوں کا فقدان، گھٹنے اور ٹخنے کے جھٹکوں کی زیادتی، اور باسلی انجمی عجمییت پائے جاتے ہیں، جو اس جانب پر جو مخصوص طور پر ماؤف شدہ ہے نہایت نمایاں ہوتے ہیں۔

ساق دماغ کی ماؤفیت کے سلسلہ میں دو نظری کا تذکرہ پہلے ہی کیا گیا ہے، جو محرک العین نواتوں یا عصب کی ماؤفیت سے پیدا ہو جاتی ہے۔ یہ تقریباً ہمیشہ بالکل سریع الزوال نوعیت کی ہوتی ہے، اور چند گھنٹوں یا چند دنوں تک جاری رہتی ہے، اور تقریباً ایک تہائی اصابتوں میں کسی نہ کسی وقت واقع ہو جاتی ہے۔ اکثر یہ ایک ابتدائی ترین علامت ہوتی ہے، اور تاوقتیکہ مریض کو خاص طور پر یاد نہ دلایا جائے اس وقت ممکن ہے وہ اسے نظر انداز کر دے یا بعد میں ممکن ہے وہ اسے بھول جائے۔

رقص مقلہ ان ریشوں میں مداخلت ہونے کا نتیجہ ہوتا ہے جو کہ دہلیزی نواتوں کو محرک العین نواتوں سے ملحق کرتے ہیں۔ اس کا مریض کو شاذ ہی علم ہوتا ہے، مگر یہ تین چوتھائی سے زاید اصابتوں میں، اور اکثر ابتدائی درجہ میں ہی موجود ہوتا ہے۔ یہ عموماً صرف آنکھوں کا جانبی انحراف کرنے سے نظر آتا ہے، نہایت عام طور پر یہ دوجانبی ہوتا ہے، اور ابتداءً بے قاعدہ ہوتا ہے، یعنی کبھی کبھی بہت نمایاں اور کبھی مشکل نظر آتا ہے تاہم یہ اس مرض کی ایک نہایت ممیز امارت ہے۔

بعض اوقات دمینی قسم کی حرکی عدم ہم آہنگی ایک ابتدائی علامت ہوتی ہے، جو تقریباً نصف اصابتوں میں کسی نہ کسی وقت موجود ہوتی ہے غالباً یہ فوقانی دمیغی

ساقین کے اضرار سے منسوب کی جا سکتی ہے، جو ان کے نقطۂ تقاطع پر یا نقطۂ تقاطع کے قریب واقع ہوں۔ یہ اکثر و بیشتر بازوؤں کے ارادی رعشے اور گفتار کے اختلال کی شکل میں ظاہر ہوتی ہے، جس کا انحصار نطقی عضلی نظام کی عدمِ ہم آہنگی پر ہوتا ہے۔ ارادی رعشہ کی وجہ تسمیہ یہ ہے کہ وہ اس وقت جب کہ بازو حالتِ سکون میں بے حرکت ہو عموماً نہیں موجود ہوتا، بلکہ اس وقت دیکھا جاتا ہے جب کہ مریض کسی چیز کو پکڑنے کی کوشش کرے یا جب اصبع انف اصبعی امتحان (finger-nose-finger test) عمل میں لایا جائے۔ ایک جارحہ دائیں اور بائیں جانب کو یا اوپر اور نیچے کو تاکی ہوئی شے کا لحاظ کئے بغیر اہتزار کرتا ہے، اور نشانہ سے آگے نکل جانے کا رجحان ہوتا ہے۔ مزید براں سہارے کے بغیر سر کا کبوہ، یا پیش پسی رعشہ اکثر دیکھا جاتا ہے۔ گفتگو کو نطق تقطیعی یا تقطوعِ کلام کا نام دیا گیا ہے اور وہ اس قسم کی ہوتی ہے جس کا تذکرہ دیمغی وظیفہ کے اختلالات کے تحت کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 617)۔

جیسا کہ پہلے تذکرہ کیا گیا ہے، دماغی نیم کرے عام طور پر صلابتی چکتیوں سے چھلنی چھلنی ہوتے ہیں، اور اسی سے اُن ذہنی تغیرات کو منسوب کرنا چاہیئے جو ان اماتوں کی اکثریت میں خاتمے سے پہلے موجود ہوتے ہیں، اور کبھی کبھی ابتدائی درجہ میں بھی دیکھے جاتے ہیں۔ وہ اسی عام قسم کے ہوتے ہیں جو دماغ کے دوسرے عضوی امراض میں واقع ہوتے ہیں، اور جذباتی بے استقلالی اور ضبط کے فقدان، مرض کی خطرناک نوعیت کے متعلق بے پروائی، عملی معاملات میں قوتِ فیصلہ کے فقدان، اور ناقص حافظہ پر مشتمل ہوتے ہیں۔ اس قسم کے خفیف ذہنی تغیرات، اور سریع الزوال کمزوری یا مبہم حسی اختلالات کی سرگزشت کے اجتماع کی بنا پر اکثر ابتدائی درجوں میں ہسٹریا (hysteria) کی غلط تشخیص کر لی جاتی ہے۔

پہلے بیان کی ہوئی علامتوں کے علاوہ، ممکن ہے کہ یہ مرض کئی قسم کے دوسرے علامات کے ساتھ شروع ہو جائے جو نسبتاً کم عام طور پر واقع ہوتے ہیں۔ مثلاً ممکن ہے کہ دماغی نیم کروں کے اضرار فالج نصفی پیدا کریں جو ناگہانی یا تدریجی آغاز کا ہو، دہلیزی اعصاب کے مرکزی تعلقات کو ماؤف کرنے والی چکتیاں چکر یا دوار کے حملے پیدا کریں، یا دمیغ کی نمایاں ماؤفیت خالص دمیغی مرض کی علامتیں پیدا کر دے۔ ایسی اصابتیں

بھی ہوتی ہیں جن میں مرضی عمل قطعی تجزی کلائی میں شروع ہوتا ہے' اور عاصرات پر اقتدار کا فقدان ایک نمایاں اور ابتدائی علامت پر ہوتا ہے۔

شاذ اصابتوں میں اگلے قرن کا رمادی مادہ بھی ماؤف ہوجاتا ہے جس سے 671
متناظر عضلات کا ذبول پیدا ہوجاتا ہے' عموماً ہاتھوں کے عضلات کا۔

حمہ مرض بھی تغیر پذیر ہوتا ہے۔ اصابتوں کی اکثریت میں آغاز مرض تحت الحاد طریقے سے ہوتا ہے (مریض دفعتہً ہاتھوں میں سن پن یا پاؤں میں کھنچاوٹ محسوس کرتا ہے)' اور مرض کا ممیز خاصہ یہ ہوتا ہے کہ وہ پے در پے فترات اور اشتدادات کے ساتھ ترقی کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ آخر الذکر کا ظہور نئے علامات کی صورت میں یا موجودہ علامات کی شدت کی صورت میں ہو۔ فترات کی مدت تغیر پذیر ہوتی ہے' لیکن ممکن ہے کہ وہ مہینوں یا برسوں تک کی ہو۔ راقم الحروف کے پاس ایک مریض کی یادداشت موجود ہے جس میں ایک اشتداد اور دوسرے کے درمیان چوبیس سال کا وقفہ حائل ہوا تھا۔ تاہم بعض اصابتوں میں مرض کا حمہ ابتدا سے ہی مزمن اور مترقی معلوم ہوتا ہے۔ یہ امر مشتبہ ہے کہ ہم ایک مزمن قسم کو متغیر قسم سے متفرق کر سکتے ہیں' کیونکہ ایک طرف تو ایک اصابت جو زیادہ معمولی طور پر فترات کے ساتھ شروع ہوئی ہے بالآخر برابر ترقی پذیر ہوجا سکتی ہے' اور دوسری طرف ایک ایسی اصابت کے دوران میں جو کچھ عرصہ تک مزمن مترقی نوعیت ظاہر کر چکی ہے' تحت الحاد اشتدادات ظاہر ہو سکتے ہیں۔

آخری درجوں میں مریض جوارح زیرین کے شلل سے صاحب فراش ہوجاتا ہے' اور یہ جوارح عموماً خمیدگی کی حالت میں تشنجیت کی وضع اختیار کر لیتے ہیں۔ عاصرات پر اقتدار جاتا رہتا ہے اور اکثر اوقات قروح الفراش پیدا ہوجاتے ہیں۔ لیکن اس درجہ میں بھی اکثر لمسی حس پذیری غیر متاثر رہتی ہے' اگرچہ سر کے دوشاخہ سے جوارح زیرین میں اکثر ارتعاشی حس کا فقدان ظاہر ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ اب گھٹنے اور ٹخنے کے جھٹکے زیادہ ہوجائیں یا غائب ہوں' اخمصی مجیبتیں باسط ہوتی ہیں اور شکمی سکو سے غیر موجود ہوتے ہیں۔

تشخیص۔ کوئی مرض ایسا نہیں ہے جس میں احتیاط کے ساتھ دریافت کی ہوئی سرگذشت اس سے زیادہ مفید ثابت ہوتی ہو کہ جتنی اس مرض میں تشخیص کا انحصار

مرکزی عصبی نظام کے **متعدد** اضرار کے ثبوت پر ہوتا ہے، اور یہ صرف خلف المقلہ التہاب العصب، یا سریع الزوال دلو نظری ٹن پن یا کمزوری کی سرگذشت اور اس کے ساتھ طبیعی امارات پر غور کرنے سے حاصل ہوسکتا ہے۔ ھسٹیریا کی غلط تشخیص کے خطرہ کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے۔ بالعموم عضوی مرض کی کسی خفیف سی امارت، مثلاً رقصِ متقلہ شکمی منعکسوں کی غیر موجودگی، باسط اخمصی مجیبیت، یا اقراصِ بصری کے شحوب سے تفریقی تشخیص ممکن ہوگی، لیکن ابتدائی درجوں میں ایسی اصابتیں بھی ہوتی ہیں جن میں ممکن ہے کہ بعض اوقات آخری فیصلے کو ملتوی رکھنا ہی دانشمندی ہو۔ بازوؤں کی ناہم آہنگی اور رعشے کے ساتھ رقص متقلہ کے اجتماع سے **دُمَیغی سلعہ** کا شبہ پیدا ہوسکتا ہے تاہم اس آخرالذکر حالت میں تمام علامات ایک منفرد ضرر سے منسوب کی جاسکتی ہیں، اور آخری درجوں میں دروں جمجمی دباؤ کی زیادتی کی علامتیں پائی جاتی ہیں۔ جوارحِ زیریں کی تشنجیت اور کمزوری کو اُن مماثل حالتوں سے تمیز کرنے کی ضرورت ہوتی ہے، جو سلعہ یا نخاعی بوسیدگی سے واقع ہونے والے انضغاطِ نخاع سے پیدا ہوجاتی ہیں۔

مرکزی عصبی نظام کی آتشک اس کی بعض شکلوں میں ایسی تصویر پیدا کرسکتی ہے جو صلابت متعددہ کی تصویر سے قریبی طور پر مشابہ ہوتی ہے، اور جب کسی اصابت میں تشخیص کے متعلق شبہ ہو تو خون اور دماغی نخاعی سیال کے ساتھ تعاملِ واززمن کر لینا چاہیے۔ صلابت منتشرہ میں یہ تعامل بلا استثنا منفی ہوتا ہے، اور دماغی نخاعی سیال اپنے خلوی یا پروٹینی مافیہ میں شاذ ہی کوئی تغیرات ظاہر کرتا ہے۔ لیکن کولائڈی ذہبی منحنی (colloidal gold curve) اکثر غیر طبعی ہوتا ہے اور عصبی آتشک (neurosyphilis) کے منحنی سے مشابہ ہوتا ہے ممکن ہے کہ سباتی التہاب دماغ (encephalitis lethargica) کی بعض اصابتیں جن میں نخاع کی وسیع ماؤفیت ہوتی ہے، ابتداءً غلطی سے صلابت متعدد سمجھ لی جائیں۔ یہ غلطی بالخصوص التہاب دماغ کی اس اصابت میں واقع ہوسکتی ہے، جس میں مرض متقابلۃً طویل فترات کے ساتھ طویل عرصہ تک جاری رہتا ہے۔ ایسی حالت میں تفریقی تشخیص عموماً سرگذشت مرض پر احتیاط کے ساتھ غور کرنے سے کی جاسکتی ہے، بالخصوص آغاز مرض کی نوعیت اور التہاب دماغ

میں تپ یا غنودگی کے وقوع سے۔

انذار ناموافق ہوتا ہے۔ اگر مریض حاد اشتداد کی حالت میں دیکھا گیا ہے تو عام طور پر یہ کہا جاسکتا ہے کہ کسی قدر اصلاح واقع ہوجائے گی، لیکن زیادہ اغلب یہ ہے کہ مرض کی متواتر چلتیوں کے اجتماع سے وہ بالآخر اپاہج اور صاحب فراش 672
ہوجائے گا۔ فترات جو شفایابی سے مشابہ ہوتے ہیں غیر عام نہیں اور ممکن ہے سالوں تک جاری رہیں، لیکن صرف شاذ اصابتوں میں یہ معلوم ہوتا ہے کہ مرض کی ترقی رُک گئی ہے۔

علاج۔ زمانہ موجودہ میں اس مرض کا کوئی نوعی علاج موجود نہیں ہے۔ اس کے لیے دوا کی حیثیت سے سنکھیا ایک روایتی شہرت رکھتی ہے، اور اس کے استعمال کی عقلی بنیاد اس شبہ سے حاصل ہوتی ہے کہ منتشر صلابت آتشک کی طرح کی ایک مزمن تخمِ حیوانی سرایت کے باعث ہوسکتی ہے۔ سنکھیا کو براہ دہن یا بذریعہ اشراب دیا جاسکتا ہے، اور آخر الذکر طریقہ حاد اشتداد کے لیے منتخب کیا جاتا ہے۔ ایسی حالت میں جوں ہی کہ علامات کی نوعیت شناخت ہوجائے، مریض کو بستر پر لٹا دینا چاہیے اور دو ہفتہ تک یا جب تک کہ علامات میں اصلاح ہونی شروع نہ ہو، آرام میں رکھنا چاہیے۔ سٹیبلارسان (stabilarsan) ۰.۳ گرام، یا کسی دوسرے مناسب سم الفاری مرکب کی معادل مقدار دروں عضلی اشراب کے ذریعہ ہفتہ واری وقفوں کے ساتھ دی جاسکتی ہے، اور اس کے بعد ایک ایسا آمیزہ جس میں ۳ تا ۵ قطرے لائکر ارسینیکلیس (liquor arsenicalis) شامل ہوں براہ دہن روزانہ کھانے کے بعد دینا چاہیے۔ اس کو ۶ ہفتے تک جاری رکھا جاسکتا ہے، اور علاج یا حفظ ماتقدم کی تدبیر کے طور پر وقفوں سے اس کا تکرار کیا جاسکتا ہے۔
اگر کسی مریض میں ایک مرتبہ مرض کے علامات ظاہر ہوچکے ہیں تو اس کو ایسی زندگی گذارنی چاہیے کہ جو جسمانی اور ذہنی بار سے اور سردی اور تکشف کے خطرے سے حتی الامکان خالی ہو۔ ایک قعودی پیشہ اختیار کرنے کی ضرورت ہے، اس لیے کہ یہ جسمانی تکان سے خالی ہوتا ہے نیز اس لئے کہ یہ کچھ درجہ کی ناقابلیت کے باوجود کام جاری رکھنے کا موقع بہم پہنچاتا ہے۔ عورتوں میں حمل اور زچگی کا بار اپنے اندر اشتداد کا خطرہ مضمر رکھتا ہے، اور منتشر صلابت کی تشخیص اسقاط الحمل کے لیے معقول وجہ

بہم پہنچاتی ہے۔

اس میں شک نہیں کہ ان اصابتوں میں جن میں آسوری حالات حاصل ہوں، فترات بحیثیت مجموعی اس سے طویل تر ہوتے ہیں کہ جتنے دوسری اصابتوں میں، اگرچہ نکسات، جب کہ وہ واقع ہوں، استنے شدید ہوتے ہیں۔ بہت سے ایسے مریض جن میں مرض جلد ہی شناخت کر لیا جاتا اور اس کا علاج کر لیا جاتا ہے، اور جو پرسکون اور قعودی زندگی گزارنے کے قابل اور خواہشمند ہوتے ہیں، بلانکس کے کئی کئی سال گزار دیتے ہیں۔ ولک اور تدریجی ورزشیں حرکی علامات کے علاج میں مفید ہیں، خاص طور پر ایک اشتداد سے شفایابی کے درجہ میں۔ گرم غسل اور ان کے بعد مجہول حرکات، تشنجیت کی تسکین کے لیے مفید ہیں۔ ایک آمیزہ جس میں پانچ گرین پوٹاسیم برومائیڈ اور ۰۱ قطرے صبغیہ لفاح ہوں، دن میں تین مرتبہ دینا تعجل تبول کے مریضوں کے لیے مفید ہے۔

مرض کے آخری درجوں میں تخفیفی علاج اسی اصول پر کرنا چاہئیے جو نخاع کے عرضی اضرار کے لیے پہلے درج کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 660)۔

نخاعی جوفیت

(syringomyelia)

یہ وہ مرض ہے جس میں نوبالیدگی اور انحطاط کے مشترک عمل کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ نخاع کے مرکز میں مستطیل کھوکھے بن جاتے ہیں۔ ابتدائی درجوں میں علامات کا انحصار رمادی مادے کے ترکیبی اجزاء کے اتلاف پر ہوتا ہے۔ آخری درجوں میں دباؤ کی وجہ سے ریشوں کے خطّے بھی ماؤف ہو جاتے ہیں۔

اسباب۔ یہ مرض عورتوں کی نسبت مردوں میں زیادہ عام طور پر ہوتا ہے، اور بالعموم بارہ اور تیس سال کی عمر کے درمیان شروع ہوتا ہے۔ بعض اوقات یہ شوکہ مشقوق (spina bifida)، عنقی پسلیوں یا دوسرے پیدائشی تشوہات کے ہمراہ پایا جاتا ہے۔

امراضیات۔ اس مرض کا اصلی خاصہ سرشی بافت کی نوبالیدگی ہے،

جس کے بعد انحطاط اور کہفے پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ عمل عموماً مرکزی کنال کے قریب رمادی مادّے کے ایک پچھلے قرن میں شروع ہو کر اگلے قرنوں میں پھیل جاتا اور مرکزی کنال کو مسدود کر دیتا ہے، یا بعض اوقات اس کے ساتھ ربط قایم کر دیتا ہے۔ یہ مرضی عمل نخاع میں اوپر یا نیچے کی طرف پھیلنے کا رجحان رکھتا ہے لیکن ممکن ہے کہ اس طرح بنی ہوئی نالی کا درونہ مختلف لیولوں پر بڑے اختلافات ظاہر کرے (ملاحظہ ہوں تصاویر ۸۵، ۸۶)۔ نخاع کے وہ حصے جو خاص طور پر ماؤف ہوتے ہیں عنقی اور بالائی ظہری خطے، قطنی خطہ اور نخاع مستطیل ہیں (بصلی جوفیت =syringobulbia)۔

علامات ابتدائی درجوں میں مندرجہ ذیل اجزاء کے اتلاف سے منسوب کیے جا سکتے ہیں:۔ (۱) اگلے قرن کے خلیے (۲) تپش اور درد کے حواس کو منتقل 673
کرنے والے ریشے جو رمادی مادّے میں تقاطع کرتے ہیں۔ (۳) رمادی مادّے کے جانبی قرن کے خلیے، جن سے زنجیر شارکی کے پیش عقودی ریشے نکلتے ہیں۔

چونکہ مرضی عمل عموماً عنقی کلانی کے زیریں سرے میں شروع ہوتا ہے، لہذا علامات حسب ذیل ہوتے ہیں۔

۱۔ مترقی عضلی ذبول، جو ہاتھ کے چھوٹے عضلات میں شروع ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ ماؤف عضلات میں ریشکی رعشہ ہوتا ہے، اکثر تعقف پیدا ہو جاتے ہیں، اور رفتہ رفتہ بازو کے عضلات ماؤف ہو جانے کا رجحان ہوتا ہے (ملاحظہ ہو تصویر ۸۷)۔

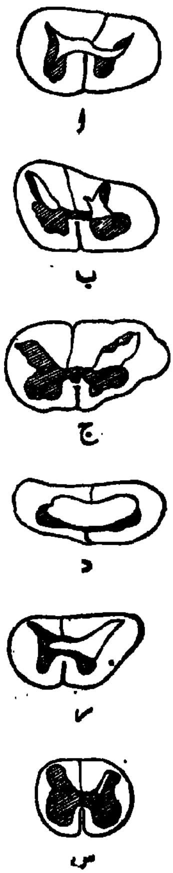
۲۔ تپش اور درد کی حس پذیری کا فقدان۔ بعض اوقات مریض اپنی روزمرہ کی زندگی میں اس طرح معلوم کرتا ہے کہ نہائی سے نکلنے والی گرم چنگاریاں، "ابلتا ہوا پانی" یا سگریٹ کا جلتا ہوا سرا جلد کو جلاتا تو ہے مگر درد محسوس نہیں ہوتا، یا ممکن ہے کہ طبیب مریض کے ہاتھوں اور بازوؤں پر بہت سے ندبات دیکھے جو ایسے شناخت نا کردہ تضررات سے پیدا ہو گئے ہوں۔

۳۔ بالائی جوارح میں وتری جھٹکوں کا فقدان۔ یہ ہمیشہ نہیں ہوتا۔ لیکن بسا اوقات ایک عاجل اور مفید امارت ہے۔ یہ ان ریشوں کے اتلاف کا نتیجہ ہوتا ہے جو کہ پچھلے اور اگلے قرنوں کے درمیان معکوسی قوس سے متعلق ہوتے ہیں۔

۴۔ ماؤف حصوں کے وعاحرکی اور پرورشی اختلالات ۔ یہ زراق ٹھنڈے پن، ہاتھ کے احتقان اور اُذیما، آبلوں، قروح، ناخنوں کے جھڑ جانے، بلا درد داحسات (Morvan's disease)، یا مفاصل، بالخصوص شانہ کے جوڑ میں ایسے انحطاطی



تصویر ۸۵ ۔ ایک شیر خوار بچہ کی نخاع جو کہ نخاعی جوفیت کی حالت میں ایک کہفہ ظاہر کر رہی ہے (خاکہ نما)۔



تصویر ۸۶ ۔ یہ تصویر ایک ایسی نخاع کی عرضی تراشیں ظاہر کرتی ہے، جو کہ نخاعی جوفیت میں مبتلا ہے۔ ا، ب، ج، د عنقی خطہ، ہ، صدری خطہ، س، قطنی خطہ، بعدم تشاکل بیماری کے دوران میں پیدا ہو گیا ہے۔

تغیرات کی شکل اختیار کر سکتے ہیں، جیسے کہ ہزالِ ظہری (tabes dorsalis) میں پائے جاتے ہیں۔ 674

مزید برآں عنقی شارکی کی ماؤفیت کے باعث پتلیوں کا انقباض، جسزئی استرخاء الجفن اور غؤور العین پیدا ہو سکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 606)۔

ممکن ہے کہ مرض اوپر کے طرف نخاع مستطیل اور جسر میں پھیل کر رقص نقلہ، ہزال زبان، اور بعض اوقات عصب ششم کے شلل سے دو نظری پیدا کر دے۔

کبھی کبھی اس مرض کے ساتھ التواء (scoliosis) کی شکل میں انحناء شوکی بھی ہوتا ہے۔

آخری درجوں میں نخاع کے طولی ریشوں پر دباؤ ہوتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ہرمی ماؤفیت کے باعث جوارح زیرین کی کمزوری اور تشنجیت، اور اس کے



تصویر ۸۰ ایک نخاعی جوفیت کی اصابت میں عضلی ذبول ظاہر کرتی ہے
[ٹرنر (Turner) اور سٹوارٹ (Stewart) کی تقلید میں]۔

ساتھ سکوسوں میں زیادتی اور باسط اخمصی جھٹکیں موجود ہوتی ہیں، اور عمودی ریشوں کے اتلاف کی وجہ سے تمام قسموں کے حس کا فقدان ہوتا ہے۔

تاوقتیکہ تکوین کہف قطنی کلانی کو ماؤف نہ کر دے، عموماً مثانہ اور معاء مستقیم

ماؤف نہیں ہوتے۔ اس حالت میں بھی جوارح زیریں میں ذبولی پرورشی تغیرات اور متفرق عدم حسیت پیدا ہو جائے گی۔

تشخیص۔ ابتدائی درجوں میں مرض ذیل کی حالتوں کے ساتھ خلط ملط ہو سکتا ہے:۔ عنقی پسلیاں، مترقی عضلی ذبول یا عنقی نخاع کے انضغاط کے اسباب میں سے کوئی سبب، مثلاً رسولی، شوکی بوسیدگی اور مزمن التہاب سحایا۔ احتیاط کے ساتھ حسی امتحان کرنے سے تشخیص عموماً کامل ہو جائے گی، لیکن ممکن ہے کہ درون لبی سلعہ (intermedullary tumour) سے تمیز کرنا غیر ممکن ہو۔

انذار۔ یہ مرض نہایت آہستہ آہستہ ترقی کرتا رہتا ہے، اور مریض جو کم وبیش از کار رفتہ ہو جاتے ہیں، برسوں زندہ رہتے ہیں۔

علاج۔ نخاع کے متاثرہ حصوں کا عمیق لاشعاعی علاج، جو ۶ ماہ یا ایک سال کے وقفوں سے کیا جائے اور جس کا تکرار باقاعدگی کے ساتھ کیا جائے، مرض کی ترقی کو شکست کر دینے میں معتدبہ اثر رکھتا معلوم ہوتا ہے، اور بعض اوقات حیرت انگیز درجے کی اصلاح کا موجب ہوتا ہے۔ تاہم علاج نہ کردہ مرض بھی خود بخود فترہ اور اصلاح ظاہر کر سکتا ہے۔ اس سے قطع نظر، علاج محض علاماتی ہو سکتا ہے۔

675

ہزال ظہری

(tabes dorsalis)

(locomotor ataxy = امکان حرکی بے نسقی)

ہزال ظہری دراصل زیریں درآور عصبیوں کا ایک تدریجی مترقی انحطاط ہے، جو سب سے پہلے نخاع کے پچھلے استوانوں میں ظاہر ہوتا ہے۔ اسی کے ساتھ یا اس کے بعد عصبی سرِش کی بیش بالیدگی ہو جاتی ہے۔ ایسے ہی تغیرات عصب بصری میں، اور درآور جمجمی اعصاب کے مرکزی حصوں میں واقع ہو سکتے ہیں۔ لہٰذا ہزال وہ مرض ہے جس میں حسی عصبیے ماؤف ہو جاتے ہیں، اور امکان حرکیت کی خرابی (جس کی بنا پر ابتداءً اس مرض کا نام رکھا گیا) وضع اور حرکت مجہول کے احساسات کے فقدان کے

باعث واقع ہوتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ چلنے میں حرکات کی ناہم آہنگی پیدا ہو جاتی ہے۔ بعد کے تجربے سے ظاہر ہوتا ہے کہ ہر حلہ (بے نسقی) اکثر ایک نہایت دیر سے پیدا ہونے والا مظہر ہے بلکہ ممکن ہے کہ بالکل غیر موجود ہو۔ اور اقلیم احساس میں دوسرے ایسے اختلالات ہیں جو نسبتہً زیادہ مستقل طور پر واقع ہوتے ہیں اور جو ایسے علامات بہم پہنچاتے ہیں جن کی وجہ سے پہلے پہل مریض مشورے کا طالب ہوتا ہے۔

بحث اسباب۔ یہ امر عام طور پر تسلیم کیا جاتا ہے کہ مرض کا واحد سبب آتشک ہے۔ یہ رائے جن امور پر مبنی ہے وہ یہ ہیں:۔ مریض کی سابقہ سرگذشت میں اولی سرایت کی شہادت۔ خون اور دماغی نخاعی سیال میں مثبت واز رمنی تعاملات۔ اور مرنے کے بعد جسم میں دوسرے آتشکی اضرار (مثلاً التہاب اورطی) کی موجودگی۔ ڈھونڈھنے پر ان میں سے ایک یا دوسرا ثبوت ضرور مل جاتا ہے۔ نوگوچی (Noguchi) نے ہزال کے ایک مریض کی نخاع میں پیلیچ سلکیڈ شاحب (treponema pallidum) کا سب سے پہلے مظاہرہ کیا، اور اس مشاہدہ کا اکثر اوقات تکرار کیا جا چکا ہے۔ سردی اور نمی، ریڑھ کے تضرات، حد سے زائد محنت ومشقت، اور کثرت جماع عام مجوبیت میں انخفاض پیدا کر کے عمل کرتے ہیں، اور اس طرح ایک ایسے شخص میں کہ جس کا نظام عصبی پہلے سرایت زدہ ہو، مرض میں تعجیل کرتے ہیں۔

یہ مرض عموماً آتشکی سرایت کے بعد آٹھ اور بارہ سال کے درمیان پیدا ہو جاتا ہے، اور اسی واسطے ادھیڑ عمر میں انتیس اور پچاس سال کے درمیان، سب سے زیادہ عام ہوتا ہے۔ یہ امر قابل لحاظ ہے کہ ہزول اشخاص مقابلتہً شاذ ہی آتشک کی دوسری ثلثی علامتیں ظاہر کرتے ہیں۔ یہ مرض عورتوں کے نسبت مردوں میں، تقریباً ایک اور دس کی نسبت سے زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ لیکن طفولی (juvenile) قسم میں، جو پیدائشی آتشک کے مریضوں کے ایک قلیل تناسب میں زمانہ ریعان میں ظاہر ہوتی ہے، اس مرض کی توزیع دونوں صنفوں میں زیادہ و قریبی طور پر برابر ہوتی ہے۔

مرضی تشریح۔ نخاع میں ہمیشہ یہ تغیر پایا جاتا ہے کہ پچھلے استوانوں میں،

صحفہ ۵۴

ہزال نخاع کی اصابت سے لی ہوئی نخاعی تراشیں۔ ویگرٹ پال کے طریقہ سے رنگی ہوئیں۔ پچھلے ستونوں میں جو شاحب رقبہ جات ہیں وہ انحطاط یافتہ خطوں کو ظاہر کرتے ہیں۔ تندرست ریشے سیاہ رنگ کے ہوگئے ہیں۔



تصویر ۱۔ چوتھا عنقی فلقہ



تصویر ۲۔ پانچواں صدری فلقہ



تصویر ۳۔ قطنی عجزی کلانی۔

(ڈاکٹر جے۔ آر۔ پرڈراؤ کی لی ہوئی عکسی تصاویر سے)

بالمقابل صفحہ 675.

صعودی عصبی ریشوں میں انحطاط اور عصبی سرشِش میں صلابت واقع ہو جاتی ہے ۔ یہ تازہ نمونے کے اندر سپید مادّے کی رمادی بدرنگی کی صورت میں دیکھی جاتی ہے، اور ویگرٹ پال کے طریقے (Weigert-Pal method) سے رنگی ہوئی تراشوں میں مرضی استوانوں کا شبوب، گہرا رنگ قبول کرنے والے تندرست خطوں کے مقابلے میں صریح تضاد ظاہر کرتا ہے (صفحہ ۵۴۸ تصاویر ۱ تا ۲)۔ معمولی اصابتوں میں نخاع کے قطنی عجزی فلقوں میں داخل ہونے والے ریشے ماؤف ہوتے ہیں، اسی واسطے انحطاط اِس خطے میں پچھلے بیرونی استوانوں میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتا ہے (صفحہ ۵۴۸، تصویر ۳) ۔ اور عنقی کلانی میں ان ریشوں کے اندر کی طرف ہٹ جانے کی وجہ سے یہ انحطاط پچھلے اندرونی استوانوں میں پایا جاتا ہے۔ ان اصابتوں میں جن میں بازو ماؤف ہوتے ہیں عنقی خطے کے اندر پچھلے بیرونی ریشوں کا انحطاط واقع ہوتا ہے۔ پچھلے استوانوں کے اندر ایتلافی ریشے صحیح وسالم باقی رہتے ہیں، کیونکہ انحطاطی عمل صرف انھیں ریشوں تک محدود رہتا ہے جو پچھلے جذری عقدوں کے زائدوں کا اوپر کی طرف راست تسلسل ظاہر کرتے ہیں۔ خردبین کے نیچے عصبی ریشوں کا انحطاط اور فقدان سرشِشی بافت کی (جو ریشہ دار ہوتی ہے) زیادتی، اور شرائین کی دیواروں کی دبازت دیکھی جاتی ہے۔ ترقی یافتہ اصابتوں میں رمادی مادّے کے اندر بھی تغیرات پائے جاسکتے ہیں، مثلاً پچھلے قرنوں کلارک کے استوانوں، بلکہ اگلے قرنوں تک میں عصبی خلیتوں اور ریشوں کا ذبول، اور انحطاط پچھلے استوانوں پر، یا جانبی استوانوں پر بھی، یا نخاع کے گرداگرد اُم حنونہ اکثر دبیز ہو جاتا ہے۔

پچھلی عصبی جڑیں عموماً نیچے کے طرف نخاعی عقود تک مذبول ہو جاتی ہیں، اگرچہ عقود بیشتر تندرست ہوتے ہیں اور اسی طرح ان سے آگے کے مخلوط اعصاب بھی۔ اعصاب بصری میں، ان اصابتوں میں جن کا تذکرہ کیا گیا ہے، عصبی ریشے مذبول پائے جاتے ہیں اور عصبی سرشِش کی بیش بالیدگی دیکھی جاتی ہے۔ تیسرے، چوتھے، پانچویں، چھٹے، آٹھویں اور بارھویں جمجمی اعصاب کے نواتوں کا، نیز عقدۂ گیسر (Gasserian ganglion) کا ذبول یا انحطاط

مختلف اصابتوں میں دیکھا گیا ہے، لیکن ہزال میں معکوس فالج قزحیہ (iridoplegia)
676 کا ضرر یقینی طور پر معلوم نہیں اگرچہ اغلب ہے کہ وہ درمیانی دماغ کے گردِ معیقی جرم کے اندر واقع ہوتا ہے۔

امراضیات۔ ہزال ظہری کے امراضیات کے متعلق مطلقاً کچھ معلوم نہیں ہے سوائے اس امر کے (جو کہ اوپر بھی بیان کیا گیا ہے) کہ یہ مرض اولی طور پر پچھلے استوانوں کے عصبی ریشوں کے اتلاف کا عمل ہے جو ہیچ سلکیہ شاحب یا اس کے سمیات کی فعالیت کے باعث واقع ہو جاتا ہے۔ چونکہ ہزال ظہری میں اور عمومی شلل مجانین (general paralysis of the insane) میں یہ عمل براہ راست عصبی عناصر پر ہوتا معلوم ہوتا ہے، لہٰذا ان دونوں امراض کو اکثر نظامِ عصبی کی منحیتی آتشک (parenchymatous syphilis) کہتے ہیں، تاکہ ان کی تفریق آتشک کی اُن قسموں سے ہو جائے جن میں عصبی خلیوں اور ریشوں کا انحطاط سحایا اور عروقِ دمویہ کے عوارض کا ثانوی نتیجہ ہوتا ہے۔

چونکہ یہ مرض مزمن نوعیت کا ہوتا ہے لہٰذا اس کے امراضیاتی مطالعہ کے مواقع بالخصوص آخری نتائج تک محدود ہوتے ہیں، لیکن ابتدائی اصابتوں میں ابتدائی ضرر کا مقام اس نقطے پر معلوم ہوتا ہے جہاں پچھلے جذری عقدہ سے آنے والے عصبی ریشے نخاع میں داخل ہونے کے لئے اُمِّ حنونہ میں سے گزرتے ہیں۔

ابتدائی آتشکی سرایت اور اس مرض کے آغاز کے درمیان جو دیر واقع ہوتی ہے اُس کی توجیہہ مختلف طور پر کی گئی ہے۔ غالباً واقعات کی ترتیب زمانی حسبِ ذیل ہے اور صرف ہزال نخاع ہی پر نہیں بلکہ عصبی آتشک کی دوسری قسموں پر بھی اس کا اطلاق ہوتا ہے۔ جرثومے خون میں انتشار کے درجے میں پہنچ ہوئے سحایا میں داخل ہو جاتے ہیں اور خفیف التہابی تعامل پیدا کرتے ہیں۔ اصابتوں کی اکثریت میں ان سے کوئی علامات پیدا نہیں ہوتے، لیکن دماغی نخاعی سیال خلیات اور پروٹین کی زیادتی اور بعض اوقات ذہبی منحنی کی غیر طبعی حالت ظاہر کرتا ہے۔ ایک مثبت واززمینی تعامل ہونا نہایت شاذ ہے۔ ایسے تغیرات، علاج نا کردہ ثانوی آتشک کی تمام اصابتوں میں سے ۴۰ تا ۵۰ فیصدی

میں پائے جاتے ہیں۔ یہ فرض کیا جاتا ہے کہ ان اصابتوں میں سے اکثر میں، علاج سے یا علاج کے بغیر، سحائی سرایت فنا ہو جاتی ہے، لیکن تھوڑی سی تعداد فیصدی میں یہ جاری رہتی ہے اور ایک مزمن لیکن سر سری طور پر خاموش التہاب سحایا پایا جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ آخر کار یہ مقامی عمقیتی دبازت کی شکل میں نمو یاب ہو جائے جس کے ساتھ دماغ، جمجمی اعصاب یا نخاع متضرر ہو جائیں، یا ممکن ہے یہ منتشر التہاب سحایا، نحیف کی حیثیت میں جاری رہے۔ کئی سال گزر جانے کے بعد یہ دماغ کے جرم پر حملہ کرنے لگتی ہے اور منتشر سحائی دماغی التہاب پیدا کرتی ہے، جو کہ عمومی شلل مجانین کی بنیاد ہے۔ نخاع میں یہ اسی راستہ سے داخل ہوتی ہے جس کو درآرندہ ریشے اس وقت جب کہ وہ ام حنونہ کو چھیدتے ہیں اختیار کرتے ہیں، اور ہزال نخاع کے علامات کا باعث ہوتی ہے۔

علامات۔ جیسا کہ اس کی امراضیاتی تشریح سے توقع کیجا سکتی ہے، ہزال نخاع دراصل حسّی علامات کا مرض ہے، بالخصوص اس کے ابتدائی درجوں میں ان علامات کی اہمیت بہ آسانی نظر انداز ہو جاتی ہے، تاہم چونکہ ہمارے علاج سے زیادہ سے زیادہ توقعات صرف مرض کی ترقی کا رُک جانا ہے، لہٰذا قبل اسکے کہ عضلی اور مفصلی حس پذیری کے بڑے عیبوں کی وجہ سے بے نسقی واقع ہو کر ایک بے بسی اور مجبوری کی حالت پیدا ہو جائے، یہ ضروری ہے کہ ہم مرض کو پہچان لیں۔ ابتدائی (پیش بے نسقی) درجہ میں ممیز علامات یہ ہوتے ہیں: دردِ جوارح، دھڑ یا جوارح کی جلدی بیش حسیت، زکبی جھٹکے کا فقدان، اور حدقی حکوسۂ نور کا فقدان۔ یہ درجہ کئی مہینوں یا سالوں تک رہ سکتا ہے۔

وہ درد جو آلام صاعقہ کے نام سے مشہور ہیں ۹۵ فیصدی اصابتوں میں ہوا کرتے ہیں۔ وہ شدید یا ہول جیسے، یا وثابی ہوتے ہیں، اور عموماً جوارحِ زیرین میں ہوتے ہیں، اور بعض اوقات بازوؤں میں۔ وہ یکایک پیدا ہو جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ایسی شدت کے ساتھ ہوں کہ جس سے مریض چونک کر بستر میں اٹھ بیٹھے، یا چلا اٹھے۔ ہر درد صرف چند ثانیوں تک رہتا ہے، لیکن یہ درد عموماً مکرر ہوتے ہیں اور اسی طرح جوارح کے مختلف حصوں میں کئی گھنٹوں تک آتے

اور جاتے رہتے ہیں۔ پھر ممکن ہے کہ یہ جاتے رہیں اور دوسرے دن تک نہ ہوں یا کئی دنوں یا ہفتوں کے وقفے کے بعد ہوں۔ اس طرح یہ تکرار اور مدت کے لحاظ سے نہایت بے قاعدگی ظاہر کرتے ہیں۔ مریض انہیں اکثر "ریشتی" سمجھتا ہے لیکن اگر اس سے پوچھا جائے تو وہ ان کو اس شرح و بسط کے ساتھ بیان کرتا ہے کہ جس سے مطلق غلطی نہیں ہوسکتی۔

مریض جلد کی بیش حسیت کو جو عموماً دھڑ کے یا ٹانگوں کے بالائی حصے پر ہوتی ہے، ابتدا ہی میں محسوس کرتا ہے اور یہ شکایت کرتا ہے کہ آہستہ سے تھپک کر چھونے، مثلاً دروں جامہ کے پہننے اتارنے سے ایک خاص طرح کا ناگوار احساس ہوتا ہے، جو تپش کی انتہاؤں سے بھی پیدا ہوسکتا ہے، چنانچہ بھری غسل ناقابل برداشت ہوتا ہے اور مریض گرم غسل میں بیٹھنے سے بھی محتاط رہتا ہے۔ 677

گھٹنے اور ٹخنے کے جھٹکے، متعلقہ معکوسہ قوسوں کی حسی جانب پر اضرار ہونے کے باعث اس درجہ میں عموماً ناپید ہوجاتے ہیں۔ اور یہ جان لینا ضروری ہے کہ جھٹکے کی ناپیدی سے پہلے اس میں سستی یا کمی واقع ہوجاتی ہے اور یہ کہ اکثر ایک جارحہ دوسرے جارحہ سے پہلے ماؤف ہوتا ہے۔ اسی واسطے دونوں جانبوں کے تناظر وتری جھٹکوں کے درمیان نمایاں فرق کی موجودگی تشخیصی اہمیت رکھتی ہے۔

ان اصابتوں کی ⅔ سے زائد تعداد میں حدقاتِ آرگائل رابرٹسن (Argyll-Robertson pupils) پائے جاتے ہیں۔ جب یہ حالت کامل طور پر نمو یافتہ ہوتی ہے تو حدقات غیر مساوی، بے قاعدہ خاکے کے، یا منحرف المرکز ہوتے ہیں، اور وہ توفیق کا تعامل ظاہر کرتے ہیں مگر روشنی سے غیر متاثر رہتے ہیں، لیکن یہاں بھی یہ یاد رکھنا چاہیے کہ نوری معکوسہ کے فقدان سے پہلے اس میں کمی یا سستی پیدا ہوجاتی ہے۔ عام طور پر آرگائل رابرٹسن کا حدقہ چھوٹا ہوتا ہے۔ یہ اکتسابی ہزال نخاع میں کبھی کبھی طبعی سے بڑا ہوتا ہے، اور پیدائشی قسم میں تقریباً ہمیشہ ایسا ہوتا ہے۔

مزید برآں اکثر، بالکل ابتداء ہی میں، پاؤں اور ٹانگوں کے زیرین حصّے میں خفیف سی عدم حسّیت، اور کبھی کبھی ایک یا زائد عضلات چشم کا عارضی شلل بھی پیدا ہو جاتا ہے، جس سے بلحاظ اس امر کے کہ کونسا عضلہ ماؤف ہوا ہے، دو نظری یا حول، یا استرخاء الجفن پیدا ہو جاتا ہے۔

خفیف درجہ کا دو جانبی استرخاء الجفن جس کے ساتھ ابرو میں تو بعض شکن پڑ جاتے ہیں کیونکہ آنکھوں کو زیادہ کھلا رکھنے کی ایک مستقل کوشش کی جاتی ہے، اکثر اوقات چہرے کی ایک کسی قدر ممیز شکل پیدا کر دیتا ہے (ملاحظہ ہو تصویر ۸۸)۔

دوسرے درجہ میں، جو نمو یافتہ مرض، یا حقیقی مکاں حرکی بے نسقی کا ہوتا ہے نمایاں خاصہ جوارح زیرین کی عضلی ناہم آہنگی ہوتی ہے، اور اس کے ساتھ عدم حسّیت کی زیادتی اور دوسرے حسّی عوارض ہوتے ہیں، اور مثانہ کے افعال میں خرابی پائی جاتی ہے۔ دوسری حالتیں جو ابتدائی درجہ میں دیکھی جاسکتی ہیں یہ ہیں:۔ نام نہاد معدی اور دوسرے بحرانات، بعض پرورشی اختلالات اور ذبول عصب بصری۔

مرحلہ یا بے نسقی (ataxy)، جیسا کہ اُس کے خطاب مکاں حرکی سے ظاہر ہے، بالخصوص پہلے جوارح زیرین میں دیکھی جاتی ہے، اور کثیر التعداد اصابتوں میں انھیں تک محدود ہوتی ہے۔ ابتداءً مریض کی چال میں صرف خفیف سی لڑکھڑاہٹ ہوتی ہے، وہ بالکل سیدھا چلنے میں دقّت محسوس کرتا ہے، اِس دقّت کو رفع کرنے کے لئے کسی قدر اپنی ٹانگوں کو علٰحدہ کرتا ہے، اُس راستہ پر جس پر وہ چل رہا ہے احتیاط کے ساتھ نظر جمائے رکھتا ہے، اور جب مڑنے کی کوشش کرتا ہے تو اپنا توازن بہ آسانی کھو بیٹھتا ہے۔ اندھیرے میں جب کہ نظر کے احساسات سے رہنمائی حاصل نہیں ہوتی، وہ اور بھی زیادہ لڑکھڑانے لگتا ہے۔ اگر کاشفۂ رامبرگ (یعنی ایڑیوں کو قریب رکھ کر اور آنکھیں بند کرکے بلا سہارے کھڑا رہنا) استعمال کیا جائے تو مریض لڑکھڑاتا یا گر جاتا ہے۔

ایک بعد کے درجہ میں وہ اب بھی چلنے پر قادر ہوتا ہے، لیکن ٹانگیں بے ترتیبی کے ساتھ اوپر کھینچ لی جاتی یا جھٹکا دے کر اٹھالی جاتی ہیں۔ وہ اکثر تیزی کے ساتھ آگے کو پھینکی جاتی ہیں اور ایڑیاں زور سے نیچے زمین پر لائی جاتی ہیں۔ مڑنا چلنے کے نسبت اور بھی زیادہ مشکل ہوتا ہے اور ایک لکڑی، دیوار یا کسی دوست کی مدد سے بہت احتیاط کے ساتھ انجام دیا جاتا ہے۔ تاہم عضلی طاقت اچھی رہتی ہے۔ جب مریض کرسی پر بیٹھا ہوا اور طبیب اس کی ٹانگ کو خمیدہ کرنے کی کوئی معمولی سی کوشش کرے تو وہ اس کوشش کے مقابلہ میں اپنی ٹانگ سامنے کو بسط شدہ رکھنے پر قادر ہوتا ہے۔ مزید برآں اس کے عضلات معمولی حجم کے ہوتے ہیں اور معمولی برقی تعاملات ظاہر کرتے ہیں۔ ان بے ترتیب اور اسی واسطے ناکارگر حرکات



تصویر ۸۸۔ ہزال نخاع کی ایک کہنہ اصابت میں چہرہ کا ممیز منظر ظاہر کرتی ہے (ہزولی چہرہ) (ٹرنر اور اسٹوارٹ Turner and Steward: کی تعلیمات میں)

678

میں طاقت بہت رائیگاں جاتی ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مریض جو فاصلہ چل کر طے کر سکتا ہے وہ گھٹ کر ایک یا دو میل رہ جاتا ہے۔ آخر کے درجوں میں بے نستی ایسی ہو سکتی ہے کہ وہ لکڑیوں، کرسی، یا دونوں طرف ایک دوست کی مدد کے بغیر مطلق نہیں چل سکتا۔ اور بالآخر ممکن ہے کہ وہ بستر سے

نہ اٹھ سکے۔

بعض اوقات مرض میں بہت دیر کے ساتھ بازو بھی ماؤف ہو جاتے ہیں، لیکن ان کی بے نستی عموماً اس بے نستی کے نسبت جو ٹانگوں میں دیکھی جاتی ہے، کم وسیع ہوتی ہے۔ لیکن بعض اصابتوں میں جو کہ نام نہاد عنقی ہزال (cervical tabes) کی ہوتی ہیں، ممکن ہے کہ مرض بالائی جوارح کے عارضہ کے طور پر شروع ہو۔

معکوس عضلی تنش کے نقصان کا، جو کہ پہلے ہی وتری جھٹکوں کی غیر موجودگی کی حیثیت سے ظاہر ہو چکا ہے، ایک دوسرا نتیجہ کم تنشی (hypotonia) ہے۔ اس حالت میں جوارح کی ایک نمایاں حرکت پذیری موجود ہوتی ہے، چنانچہ مفاصل مجہول طور پر نہایت غیر طبعی حد تک خم یا بسط کئے جا سکتے ہیں بلا کسی ایسی مزاحمت یا درد کے جیسے کہ تندرست افراد میں پیدا ہوتے ہیں۔

جلدی عدم حسیت (cutaneous anæsthesia) اختلاف پذیر ہوتی ہے۔ عام طور پر وہ اس شکل میں ہوتی ہے کہ نرم روئی یا پن چبھنے اور تپش کی حس پذیری میں کمی ہو جاتی ہے، اور یہ کمی پاؤں اور ٹانگوں کو، بازوؤں کے زندی کناروں کو، اور دھڑ کو بغلیوں کے لیول اور ناف کے لیول کے درمیان متاثر کرتی ہے۔ فقدانِ حس کا نمایاں ترین مظہر یہ ہے کہ پن چبھنے کے درد کی بے حسی ہوتی ہے، اور یہ بے حسی درد اکثر ناک کے گرد کی جلد میں بھی پائی جاتی ہے۔ پاؤں کی عدم حسیت ایک ایسا احساس پیدا کر دیتی ہے جیسے مریض "نرم روئی پر چلنے جیسا" بیان کرتا ہے۔ مختلف اصابتوں میں احساس کی بہت سی دوسری ترمیمات دیکھی جاتی ہیں۔ مثلاً جوارح میں سوزشی یا قارض درد جو آلام صاعقہ کے نسبت زیادہ مسلسل ہوتے ہیں۔ ٹانگوں، جنگاسوں، اعضائے تناسل، یا دھڑ میں ضیق کا احساس (آخر الذکر کو اکثر نطاقی درد = "girdle pain" کہتے ہیں)۔ جھنجھناہٹ، اشتکاک، اور سردی یا گرمی کا احساس۔

زیادہ گہری بافتوں میں بھی بے حسی درد ہوتی ہے، چنانچہ پنڈلی کے عضلات یا وتر اخیلی میں زور سے چٹکی لینے سے درد نہیں ہوتا۔ وضع اور

حرکتِ مجہول کے حواس کے نقصان کا مظاہرہ اس طرح کیا جا سکتا ہے کہ جب مریض اپنی آنکھیں بند کر لے تو وہ اپنے جوارح کی وضع سے لاعلم ہوتا ہے، اور مشاہد اُن کو حرکت دے تو مریض کو اس حرکت کی خبر نہیں ہوتی، اور جب کم و بیش پیچیدہ عضلی افعال انجام دیئے جائیں تو اُن میں ناہم آہنگی پائی جاتی ہے۔ ایک اور کارآمد امارت یہ ہے کہ ایک بڑے سُر کے دو شاخے کے ارتعاشات کی حس پذیری مفقود یا کم ہوتی ہے جس کا مظاہرہ عموماً گٹوں، پیشِ ساق، اور عجز پر کیا جا سکتا ہے۔

حشائی عدم حسیت (visceral anæsthesia) اس شکل میں دیکھی گئی ہے کہ خصیتی احساس غیر موجود ہوتا ہے، اور مکّے لگانے پر شراسیف کی حساسیت میں کمی پائی جاتی ہے، اور دبانے پر قصبۃ الریہ، کرۂ چشم، اور پستان کی حساسیت میں کمی پائی جاتی ہے۔

مثانہ حسبِ ذیل طریقے پر ماؤف ہوتا ہے:۔ ابتدائی درجوں میں خراش ہوتی ہے اور ساتھ ہی پیشاب بار بار آتا ہے، اور خواہش محسوس ہوتے ہی پیشاب کرنا ضروری ہو جاتا ہے۔ بعد میں مخرجِ بول عضلہ کمزور ہو جاتا ہے اور پیشاب کی دھار سُست بہتی ہے، یا وہ صرف قطرہ قطرہ ہوتا ہے۔ بعض اوقات احتباس ہو جاتا ہے اور اس کے ساتھ لب ریزی سے سلس البول ہو جاتا ہے۔ عضلۂ عاصرۃ المبرز (sphincter ani) ممکن ہے کمزور ہو جائے، یا مبرز کی حس ناپذیری کی وجہ سے براز کا اخراج غیر شعوری طور پر ہو جائے۔ تناسلی قوت عموماً مفقود ہوتی ہے، اور نامردی اس مرض کی ایک ابتدائی علامت ہونا ممکن ہے۔

احشاء کے وظیفی اختلالات، جن کو بحرانات (crises) کہتے ہیں تقریباً ⅕ اصابتوں میں واقع ہوتے ہیں۔ اِن سب میں معدی بحران (gastric crisis) (crise gastrique) نہایت کثیر الوقوع ہے۔ ہر حملہ میں شراسیف میں شدید درد ہوتا ہے، جس کے ساتھ قئے ہوتی ہے، اور یہ قئے پہلے صاف سیّال کی ہوتی ہے، جس کی مقدار اکثر بڑی ہوتی ہے، اور بعد میں غالباً بلکہ خون کی قئے ہوتی ہے۔ درد بلا قئے کے اور قئے بلا درد کے ہو سکتی ہے۔ ممکن ہے کہ ساتھ ہی جلدی بیش حسیت بھی پائی جائے، مگر عضلاتِ شکم

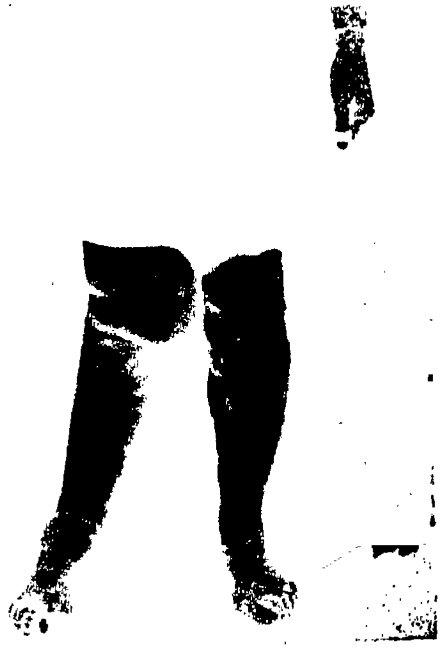
لی کرختگی، جیسی کہ التہاب باریطون میں پائی جاتی ہے، ہمیشہ نہیں ہوتی۔ نیز اکثر اوقات اختلاج یا قلب کی بے قاعدگی ہوتی ہے۔ یہ حملے سوء ہضم کے ماسبق علامات کے بغیر ناگہانی طور پر ہو جاتے ہیں، اور ان کے رفع ہونے کے بعد معدے کے وظائف بالکل طبعی ہو جاتے ہیں۔ ان کی مدت بالکل مختصر ہو سکتی ہے، یا ممکن ہے کہ یہ کئی دنوں تک جاری رہیں اور مریض کی حالت شدید خستگی اور ہبوط کی ہو جائے۔ دوسرے بحرانات جو بیان کئے گئے ہیں یہ ہیں: 679

مستقیمی بحران (rectal crisis)، جس میں مستقیم میں دَوری درد اور شدید تاسیر ہوتی ہے۔ صنفی بحران (sexual crisis) جس میں ایسے احساسات ہوتے ہیں جو اعضائے تناسل سے منسوب کئے جاتے ہیں۔ معوی بحران (intestinal crisis) جس میں اسہال کے دورے ہوتے ہیں۔ کلوی بحران (renal crisis) جس میں درد گردہ کے دورے ہوتے ہیں۔ مثانی یا مجری البولی بحران (vesical or urethral crisis)، جس میں مثانہ یا مجری البول میں درد ہوتا ہے۔ حنجری بحران (laryngeal crisis) جس میں حنجری تشنج اور ساتھ ہی شہیقی اور زفیری صرصرہ، کھانسی اور بُہر ہوتا ہے۔ اور اَنفی یا شعبی بحران (nasal or bronchial crisis)، جس میں چھینکنے یا کھانسنے کے دورے ہوتے ہیں۔

ہزال نخاع کا قرحہ ثاقب غالباً ہمیشہ پاؤں کے کسی جزو یا کسی ایک پا انگلی کی عفونتی سرایت کا نتیجہ ہوتا ہے، جب کہ یہ بوٹ کے دباؤ سے متاثر رہی ہو۔ التہاب زدہ حصہ بے درد ہونے کی وجہ سے اس کے اور زیادہ رگڑے جانے کا امکان ہوتا ہے اور ایک قرحہ نمو یاب ہو جاتا ہے۔ اصابتوں کی بہت بڑی اکثریت میں اس شکایت کی ابتدا ایک گوکھرو (corn) سے ہوتی ہے، جو بے درد ہونے کی وجہ سے مریض اس کو کاٹتا یا نوچتا ہے یہاں تک کہ اس سے خون بہنے لگتا ہے، جس سے سرایت کو داخل ہونے کا موقع ملتا ہے۔ یہ قرحات ایک مرتبہ بننے کے بعد پھر مندمل نہیں ہوتے اور اس کی خاص وجہ اس آرام کا فقدان ہے جو مقتضیات در و معمولی حالات میں

بہم پہنچا دیتے ہیں، لیکن ممکن ہے جزوی طور پر اس کا انحصار اس وعاحرکی اعصاب کے تنزل پر ہو جو کہ مرض کا نتیجہ ہوتا ہے۔

بعض اصابتوں (تقریباً ۲ فیصدی) میں، ہڈیوں اور جوڑوں میں اہم تغیرات واقع ہو جاتے ہیں، جن کو مرضِ شارکاٹ (Charcot 's disease) کے نام سے موسوم کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو تصویر ۸۹)۔ کیفی حیثیت سے یہ تغیرات وہی ہیں جو عظمی مفصلی التہاب (osteo-arthritis)، یا رثیت آسا مفصلی التہاب (rheumatoid arthritis) میں واقع ہوتے ہیں، یعنی کرّی کا تآکل، ہڈیوں کے سروں کی لاغری، رباطات کا تعظم اور نئی عظمی بڑھوں یا لیدگیاں۔ دو خاص قسمیں ہوتی ہیں:۔ (۱) ذبولی قسم، جس میں کیسہ سیال سے بہت متمدد ہو جاتا ہے، گردوپیش کے رباطات تلف ہو جاتے ہیں، ہڈی جذب ہو جاتی ہے، اور زلالی جھلّی کے تکاثر سے جھالریں بن جاتی ہیں۔ اس کا نتیجہ ایک کلاں شدہ اور زائد الحرکت مفصل ہوتا ہے، جس کی حرکت پذیری غیر معمولی طور پر زیادہ ہوتی ہے، مثلاً ممکن ہے گھٹنے میں جانبی حرکت اور پیش ربط شدگی ظاہر ہونے لگے۔ (۲) بیش پرورشی قسم جس کا ممیز خاصہ ہڈی کی بیش پرورش ہے، جس سے جوڑ کے گرد عظمی کومڑے بن جاتے ہیں،



تصویر ۸۹۔ تنزّل النخاع کی اصابت میں دائیں گھٹنے اور ٹخنے کا وارالمفصل (مفاصل شارکاٹ) ظاہر کرتی ہے۔
(ڈاکٹر منسر اور اسکوائرس کی تعلیل ہیں)۔

نیز استسقاء المفصل اور جوڑوں کے دوسرے حصوں میں ذبول کا وقوع ۔ یہ بڑے عظمی نتوئی زائدے تبثیت پیدا کر دینے کا رجحان رکھتے ہیں، اور حرکت کرنے پر تکتکہ ظاہر ہوتا ہے ۔ مرض شارکٹ کی ابتدا حاد ہوسکتی ہے، جب کہ سریع ورم، درد اور تکلیف پیدا ہو جاتی ہے ۔ درد جاتا رہتا ہے مگر ورم باقی رہتا ہے، یا ممکن ہے کہ ورم ابتدا ہی سے بلا درد ہو ۔ ممکن ہے کہ وہ خفیف سے ضربہ سے شروع ہو جائے ۔ دوسری اصابتوں میں ابتدا، غیر محسوس طور پر اور بلا درد کے ہوسکتی ہے ۔ تقریباً نصف اصابتوں میں گھٹنے ماؤف ہوتے ہیں، اور اس سے بھی کم عام طور پر کولھا، پاؤں، ٹخنہ، شانہ، کلائی اور کہنی ۔ ممکن ہے کہ مفصل کے گرد کی بافتوں میں اذیما ہو اور اوپری وریدیں متسع ہو جائیں ۔ پیچیدگیاں حسب ذیل ہوتی ہیں :۔ خفیف ضربہ کے سبب سے جوڑ کے اندر نزف، خلع، ثانوی سرایت کی وجہ سے تقیح، اور کسر جس کے ساتھ دشبذ کی زیادہ تکوین ہوتی ہے ۔ مرض شارکاٹ کا سبب دراصل وہی ہوتا ہے جو رثیت آسا مفصلی التہاب اور عظمی مفصلی التہاب 680
کا ہوتا ہے، اس ترمیم کے ساتھ کہ اس میں پرورشی اثرات کا فقدان ہوتا ہے، اور ایک مزمن طور پر ملتہب مفصل کا زیادہ استعمال کیا جاتا ہے کیونکہ مریض درد کی وہ حس نہیں رکھتا جو معمولاً اس کا استعمال روک دیتی ہے ۔

عصب بصری کا اولی ذبول تقریباً ۱/۵ اصابتوں میں واقع ہوتا ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ استبصاری میدان کا انقباض محیط سے لے کر اندر کی طرف ہو جاتا ہے ۔ یہ عارضہ اکثر اوقات برابر ترقی کرتا ہوا مکمل اندھے پن تک پہنچ جاتا ہے ۔ آتشکی ذبول عصب بصری ممکن ہے ہزال نخاع کی خفیف شہادت کے ہمراہ پایا جائے، یا عصبی آتشک کے واحد مظہر کے طور پر پایا جائے ۔

مرض کا ممر ۔ علاج ناکردہ مرض کا ممر بالعموم انتہائی طور پر سست ہوتا ہے ۔ آلام صاعقہ یا بحرانات، حدقی یا معکوسی امارات سے دو یا تین سال پہلے واقع ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ قبل اس کے کہ وضعی حس کے فقدان سے بے نسقی پیدا ہو ۔ ۱۰ سال یا زیادہ گزر جائیں ۔ تاہم بعض مثالوں میں آغاز مرض نسبتہً ناگہانی اور ممر سریع ہوتا ہے، اور ایسی اصابتوں میں بے نسقی آلام صاعقہ ہوئے بغیر واقع ہوسکتی ہے ۔

جدید العصر دافع آتشک علاج کے رواج سے پہلے یہ امر تسلیم کیا جاتا تھا کہ

ہزال نخاع ایک اپنے آپ سے محدود رہنے والا مرض ہے، اور ممکن ہے کسی درجہ پر بھی رک جائے، لیکن علاج کے ان طریقوں سے جو کہ اب استعمال کیے جاتے ہیں، بے نسقی کے درجہ تک ترقی کرنے والی اصابتوں کا تناسب پہلے کی بہ نسبت معتد بہ طور پر کم ہے۔

یہ مرض بجائے خود مہلک نہیں ہے، لیکن اس کے مریضوں کی خاصی تعداد مثانہ خالی کرنے میں دقت دیر تک جاری رہنے کی وجہ سے التہاب حوض کلیہ سے مر جاتی ہے۔ بعض اصابتوں میں مجانین کا عمومی فالج نمویاب ہو جاتا ہے اور اس حالت کو ہزالی استرخاء (tabo-paresis) کہتے ہیں۔

تشخیص۔ ہزال نخاع کے ابتدائی درجہ میں اس کے آلائم صاعقہ پر اکثر اوقات رثیتی دردوں کا دعوکا ہوتا ہے، لیکن ہزال نخاع کے دردوں کی امتیازی خصوصیات جو پہلے بیان کی جا چکی ہیں ایسی ہیں کہ اس علامت کا محتاط تجزیہ کرنے سے کوئی غلطی نہ ہونے پائے گی۔ سریع الزوال دو نظری کو، جو کہ ایک عام ابتدائی علامت ہے، دوسرے امراض اور خاص کر منتشر صلابت میں واقع ہونے والی دو نظری سے متفرق کرنا پڑتا ہے۔ حشائی اور خاص کر معدی بحرانات پر التہاب زائدہ (appendicitis)، قرحہ مثقوب (perforated ulcer) یا دوسری حاد حشائی آفت زدگی کا دعوکا ہو سکتا ہے۔ ہزال نخاع کے متلازم امارات مثلاً حدقات یا معکوسات کی غیر طبعی حالت کے علاوہ، بحران کا سوء ہضم کی سابقہ سرگذشت کے بغیر اچانک ہونا، اسے معدی قرحہ سے متفرق کرنے میں مدد دیتا ہے۔ کسی دوسرے سبب کے بغیر احتباس بول، اور نامردی ایسی علامات ہیں کہ جن سے ہمیشہ اس مرض کا شبہ پیدا ہونا چاہیئے۔ بے نسقی کے درجہ میں کثیر عصبی التہاب کی بعض شکلوں سے اور نخاع کے تحت الحاد مخلوط انحطاط سے تشخیص کرنی پڑتی ہے۔ سب سے زیادہ اہمیت کا نکتہ یہ ہے کہ ان دونوں میں سے کسی میں بھی پتلیاں متاثر نہیں ہوتیں اور نہ آلایم صاعقہ کی سرگذشت ملتی ہے۔ کثیر عصبی التہاب میں آغاز مرض بالعموم حاد ہوتا ہے اور ممکن ہے جوارح کے عضلات میں کمزوری اور لاغری ہو، عضلات بھی بالعموم دبانے پر الیم ہوتے ہیں۔

نسحت الحاد مخلوط انحطاط میں اخمصی مجیبنیں بالعموم باسطے ہوتی ہیں۔ ایک عجیب وغریب مرض جس کے متعلق ہم کو بہت کم معلومات ہیں، اور جس کو بلاشبہ زمانۂ ماضی میں ہزال نخاع کے ساتھ خلط ملط کیا گیا ہے، وہ ہے کہ جس میں ایک یا بعض اوقات دونوں پتلیاں اس طرح متاثر ہو جاتی ہیں کہ وہ روشنی سے نہایت آہستہ منقبض ہوتی ہیں اور سایہ سے اتنی ہی آہستہ متسع ہوتی ہیں۔ متاثرہ پتلی پہلے پہل دوسری سے بڑی ہوتی ہے۔ تعامل بالتوفیق بھی اسی انداز سے متاثر ہو جاتا ہے، اور بدنی عضلہ اکثر اوقات عارضی طور پر متاثر ہو کر قوت ماسکہ جاتی رہتی ہے۔ پتلیوں کی غیر طبعی حالت کے ساتھ ساتھ اکثر اوقات بعض وتری جھٹکے مفقود پائے جاتے ہیں۔ اس میں مبتلا ہونے والے افراد نوجوان اور باقی ہر طرح سے تندرست ہوتے ہیں، اور زیادہ تر زنانہ صنف کے ہوتے ہیں۔ ہزال نخاع کے اور کوئی علامات نہیں موجود ہوتے، اور خون اور نخاعی سیال طبعی ہوتے ہیں۔ یہ حالت غالباً کثیر عصبی التہاب کی ایک شکل ہے۔

جب ہزال نخاع کی تشخیص کے متعلق شبہ ہو تو بالعموم خون اور نخاعی سیال کے امتحان کے ذریعہ اس کو رفع کیا جا سکتا ہے۔ بالعموم دونوں میں وازرمینی تعامل مثبت ہوتا ہے، اور نخاعی سیال خلیات اور پروٹین کی زیادتی، اور آتشکی قسم کا کولائڈی منحنی ظاہر کرتا ہے۔ بعض اوقات نخاعی سیال مثبت مکشوفات دیتا ہے اگرچہ خون منفی ہوتا ہے، اور ہزال نخاع کی بعض اصابتوں میں، غالباً صرف ایقاف یا سکون کے درجہ میں، خون اور نخاعی سیال دونوں طبعی ہوتے ہیں۔ یا پھر مثبت خون، ایک طبعی سیال کے ہمراہ پایا جاتا ہے۔ 681

تحریز۔ یہ اولاً یہ ہے کہ آتشک کی روک تھام کی جائے۔ اگر آتشک کا مرض لاحق ہو گیا ہے تو جلد اور مستعدی کے ساتھ دافع آتشک تدابیر اختیار کی جائیں۔

علاج۔ اس پر نوعی اور علاماتی، ان دو عنوانوں کے تحت غور کیا جا سکتا ہے۔

نوعی علاج۔ حالیہ سالوں سے آتشک کی تمام شکلوں کے علاج میں سالورسان (salvarsan) یا مماثل مرکبات استعمال کرنے کا عام رواج ہو گیا ہے

اور ہزال کی اصابتوں کا علاج بھی عموماً ایسے ہی ذرایع سے کیا جاتا ہے۔ جن اصولوں سے کام لیا جائے وہ وہی ہیں جو آتشکی نخاعی التہاب (syphilitic myelitis) کے علاج کے لئے مقرر کئے گئے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 666)۔ ممکن ہے کہ معقول علاج سے مریضوں کی اکثریت میں علامات میں تخفیف ہوجائے اور رفتارِ مرض سُست ہوجائے یا رُک جائے۔

ہزال میں بھی پارہ اور آیوڈائڈز (iodides) اسی طرح دیئے جاتے ہیں جس طرح کہ آتشکی نخاعی التہاب میں۔

علاماتی علاج۔ آلامِ صاعقہ کے لیے دافع درد دواؤں میں سے کوئی ایک دوا، تنہا یا بحالت امتزاج، آزمائی جاسکتی ہے۔ ایک سفوف جو پانچ پانچ گرین اسپرین (aspirin)، فینسٹین (phenacetin) اور ویرامان (veramon) پر مشتمل ہو مفید ہے۔ اگر دوسری تدابیر ناکام رہیں، تو افیون یا اُس کے مشتقات کسی شکل میں استعمال کیے جاسکتے ہیں۔ پانچ پانچ گرین اسپرین اور فینسٹین مع ½ گرین ہیروئن ہائیڈروکلورائیڈ (heroin hydrochloride) ایک مفید برشامہ ہے۔ حرارت بھی بعض اوقات مفید ہوتی ہے، اور بعض مثالوں میں ایک دافع درد معتاد جو ایسے نہایت گرم غسل کے ساتھ لیجائے کہ جسے مریض برداشت کرسکتا ہو، آلامِ صاعقہ کے حملہ کو دبا سکتی ہے۔ مارفیا کے زیرجلدی اشرابات کو صرف ایک آخری چارۂ کار کے طور پر استعمال کرنا چاہیئے، لیکن بعض اوقات یہ ضروری ہوتے ہیں۔ بالعموم سوائے ڈاکٹر یا نرس کے اِن کو کوئی دوسرا نہ دے اور اِن کو درد کے شدید دوروں کے لئے محفوظ رکھنا چاہیئے، کیونکہ عادت پڑجانے کا معتدبہ خطرہ ہے۔

بعض اوقات مریض کو غسل دینے (جو نہایت گرم ہو کہ جسے مریض برداشت کرسکے) اور پھر گرم پانی کی تھیلیاں رکھکر اسے بستر میں لٹانے اور ½ گرین مارفین (morphine) تحت الجلدی راہ سے دینے سے معدی بحران کو دبایا جاسکتا ہے۔ حملہ کی شدت کے وقت تخفیف درد کے لیے مارفیا کی ضرورت ہوسکتی ہے۔ اگر حملہ طویل عرصہ تک رہے تو مستقیمی راہ سے غذا دینا ضروری ہے۔

ان اصابتوں میں جن میں متواتر معدی بحرانات کی وجہ سے مریض کی

زندگی تقریباً ناقابل برداشت ہو گئی ہو' ایک جراحی کارروائی جس سے کسی قدر کامیابی حاصل ہوئی ہے' یہ ہے کہ نخاع کو منکشف کر کے بالائی صدری خطے میں متقدم جانبی صاعد خطوں کو قطع کر دیا جائے۔

مثانہ پر توجہ دینا نہایت ضرور ہے' اور اگر احتباس بول ہو تو قاثاطیر استعمال کرنا چاہئے۔ اسٹرکنین (strychnine) کے استعمال سے قوتِ مخرجہ بڑھائی جا سکتی ہے' اور لفاح (belladonna) سے سلس البول میں کمی کی جا سکتی ہے۔

مجری بحرانات کے لیے امائل نائٹرائٹ (amyl nitrite) کا استنشاق تسکین دیتا ہے۔

بے نسقی کے لیے تدریجی ورزشوں (فرینکل کی ورزشوں Fraenkel's exercises =) کے ذریعہ بہت کچھ کیا جا سکتا ہے۔ یہ دراصل ایک باز تربیت کا عمل ہے' جس میں مریض کو استبصاری احساسات کے ساتھ عضلی حرکات کو ہم آہنگ کر کے اپنی حسِ وضع کے نقصان کی تلافی کرنا سکھایا جاتا ہے۔ یہ ورزشیں بستر پر شروع کی جا سکتی ہیں' اور مریض کو سادہ ہم آہنگ حرکات کی مشق کرائی جاتی ہے' جیسے کہ ٹانگ کو ایک خاص بلندی تک اٹھا کر پھر اُسے نزاکت کے ساتھ کسی ایسی شے کے تماس میں لا کر رکھا جائے جو اسی غرض سے رکھدی گئی ہو۔ پھر بیٹھی اور کھڑی وضع میں حرکات کرا لینے کے بعد' اس کو باترتیب چلایا جاتا ہے' اور اس دوران میں استبصاری حس کا پورا استعمال کرایا جاتا ہے۔ چنانچہ اُسے سکھلایا جاتا ہے کہ ایک دیوار کے سامنے کھڑا ہو کر پاؤں اٹھا کر دیوار پر کے مختلف نشانات کو چھوئے' نیز یہ کہ اپنے ہاتھوں کے سہارے سے خود کو سنبھال کر فرش پر بنائے ہوئے نشاناتِ قدم پر اپنے پاؤں ٹھیک ٹھیک رکھتا ہوا آگے بڑھے' اور علیٰ ہذا القیاس۔ اِس طریقے سے اکثر ایک صاحبِ فراش مریض کے لئے کسی قدر نقل و حرکت کی فعالیت حاصل کرنا ممکن ہو جاتا ہے۔

تحت الحاد مخلوط انحطاط

(subacute combined degeneration)

یہ ایک ایسا مرض ہے جس کو کسی زمرے میں شمار نہیں کیا جا سکتا۔ اس کی ممیز خصوصیت نخاع کے پچھلے اور جانبی استوانوں کے ریشوں کا ترقی پذیر وسیع انحطاط ہے، جس کے ساتھ عموماً متلف عدم دمویت (pernicious anæmia) ہوتی ہے۔ اگر اس کا علاج نہ کیا جائے تو اس کا نتیجہ تین ماہ سے لے کر چار سال میں مہلک اختتام ہوتا ہے۔ 682

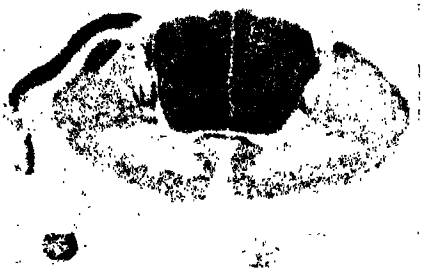
اسباب۔ یہ مرض پچاس اور ساٹھ سال کی عمروں کے درمیان نہایت عام ہوتا ہے، اور کمترین اور بیشترین عمریں جن میں اس کا حملہ مرقوم ہے چھبیس اور ستر سال ہیں۔ اس کی حقیقی تسبیب کے متعلق کچھ معلوم نہیں ہے۔ اصابتوں کی بڑی اکثریت میں اس کا متلف عدم دمویت کے ہمراہ پایا جانا اور اسی علاج کی مجیبیت کرنا جو کہ اس مرض میں مفید ہے، اس امر کی دلیل ہے کہ نخاع کے تحت الحاد مخلوط انحطاط کا انحصار بہر حال جزوی طور پر غذا سے کوئی ایسی شے جذب نہ ہونے پر ہے جو عصبی ریشوں کی صحت کے لیے ضروری ہے۔

امراضیات۔ اصابتوں کی بہت بڑی اکثریت میں جب نخاعی مرض کے علامات پہلے پہل نمودار ہوتے ہیں، تو متلف عدم دمویت کی شہادت پہلے ہی موجود ہوتی ہے۔ تاہم چند اصابتوں میں نخاعی علامات عدم دمویت کے علامات سے پہلے موجود ہوتے ہیں۔

جیسا کہ متلف عدم دمویت میں ہوتا ہے، معدی بے کیلوسی عام ہے۔ تحت الحاد مخلوط انحطاط سرطان معدہ، پیلاگرا (pellagra) اور ارگٹزم (ergotism) کے ساتھ بھی پایا جاتا ہے۔

مرضی تشریح۔ خردبینی امتحان ظاہر کرتا ہے کہ نخاع طبعی جسامت کی ہوتی ہے، برخلاف اس حالت کے جو منتشر صلابتی اعمال میں پائی جاتی ہے۔ عرضی تراشوں میں سفید مادے کے اندر کے انحطاط یافتہ رقبے رمادی مائل چکتیوں

نخاع کی تراشیں وئیجرٹ پال کے طریقہ سے رنگی گئی ہیں تاکہ حرکی عصبیوں کے مرض، تحت الحاد مخلوط انحطاط، اور فریڈرک کی بے نسقی میں جو حالتیں پائی جاتی ہیں وہ ظاہر کی جائیں۔ شاحب رقبے انحطاط یافتہ خطوں کو ظاہر کرتے ہیں۔ تندرست ریشے سیاہ رنگ کے ہو گئے ہیں۔



تصویر ۱۔ حرکی عصبیوں کا مرض۔ وسط صدری لیول۔ ہرمی خطوں کے ریشے، اور کسی قدر کمتر حد تک مقدم اور جانبی استوانوں کے دوسرے ریشے انحطاط یافتہ ہیں۔



تصویر ۲۔ تحت الحاد مخلوط انحطاط۔ چوتھا صدری فلقہ۔ پچھلے استوانوں اور تقاطع کردہ ہرمی خطوں کا انحطاط۔



تصویر ۳۔ فریڈرک کی بے نسقی۔ چھٹا عنقی فلقہ۔ پچھلے استوانوں، ظہری نخاعی دمیغی خطوں، اور کمتر حد تک ہرمی خطوں کا انحطاط۔

بالمقابل صفحہ 682.

کی طرح نظر آتے ہیں، جو وسطی ظہری خطے میں عموماً مرکزی رمادی مادے کے گرد ایک پورا دائرہ بناتی ہیں۔ طولی ریشوں کا انحطاط اس مرض کا اصلی خاصہ ہے۔ اُن اصابتوں میں جن میں موت ابتدائی درجوں میں واقع ہو گئی ہے، ویگرٹ پال (Weigert-Pal) کے طریقۂ تلوین سے ظاہر ہوتا ہے کہ یہ عمل زیرین صدری خطے کے صاعد پچھلے اور نازل جانبی اُستوانوں کے مرکزوں میں شروع ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ ۵۵، تصویر ۲) جہاں سے یہ مرکز گریز رُخ میں پھیلتا ہے یہاں تک کہ اُن اصابتوں میں جن میں مہلک اختتام میں تاخیر واقع ہو گئی ہے، کوئی لب پوشش ریشے باقی نہیں رہتے، باستثنائے اُن چھوٹے ایتلافی ریشوں کے جو رمادی مادے کے گرد واقع ہوتے ہیں۔

انحطاط کی ایسی ہی چکتیاں قطنی اور عنقی کلائیوں میں بھی واقع ہوتی ہیں، اور اِن چکتیوں کے تضام سے مرضی عمل طولاً پھیلتا ہے۔ انحطاط کی پہلی امارت بابینی غلافوں کا ورم ہے، جس کے بعد ان میں شحمی انحطاط واقع ہو کر اُن کے ٹوٹنے سے قُطیرے بن جاتے ہیں جو مارچی (Marchi) کے طریقۂ تلوین سے سیاہ رنگ کے ہو جاتے ہیں۔ اِس کے ساتھ ہی محور اُستوانہ ٹوٹ پھوٹ کر غائب ہو جاتا ہے۔ ازاں بعد انحطاطی حاصلات جذب ہو جاتے ہیں، اور عصبی سریش اور اتصالی بافت کے عناصر کا ایک باریک جال باقی رہ جاتا ہے، جس میں تلف شدہ عصبی ریشوں کی جگہ خالی فضائیں موجود ہوتی ہیں۔ عروقِ دمویہ کی دیواروں میں کوئی اہم تغیرات نہیں ہوتے اور عصبی سریش کی بیشِش بالید گی نسبتہً کم ہوتی ہے۔

عصبی خلیے صرف اُن کے محوریوں کے انحطاط کے نتیجہ کے طور پر ہی ماؤف ہوتے ہیں۔ چنانچہ اُستوانۂ کلارک کے خلیے خالیوں کی تکوین اور لون پاشیدگی ظاہر کرتے ہیں، جو نخاعی دُتینی ریشوں کے انحطاط کا نتیجہ ہوتی ہے، اور بیشِیں مرکزی قشرہ کے خلیات بیٹز (Betz cells) مماثل تغیرات ظاہر کرتے ہیں، جو ہرمی خطوں کے اتلاف کا نتیجہ ہوتے ہیں۔

شاذ اصابتوں میں نخاع کے اندر چھوٹے چھوٹے نزفات منتشر

پائے جاتے ہیں، لیکن یہ غالباً اختتامی واقعات ہیں، اور عصبی ریشوں کے انحطاط کا سبب نہیں سمجھے جا سکتے۔

علامات ۔ اس بیماری کا آغاز عموماً جوارح کے فسادات حسی کے ساتھ ہوتا ہے۔ یہ ہاتھ پاؤں کی انگلیوں کے سُن پن اور جھنجھناہٹ سے شروع ہوتے ہیں، جو ہاتھوں اور پاؤں تک پھیل جاتی ہے، اور ان کے بعد جلد ہی اسی توزیع میں جلدی حس پذیری میں کمی واقع ہو جاتی ہے۔ حسی فقدان کی نوعیت مختلف ہوتی ہے۔ پن چبھنے کی حس پذیری نرم روئی کی حس پذیری کی نسبت عموماً جلد جاتی رہتی ہے، اور جب ماؤف رقبہ کی توسیع ہو جاتی ہے تو درد کی حس پذیری چھونے کی حس پذیری سے پہلے مفقود ہو جاتی ہے۔ ابتدائی درجوں میں دستانہ جرابی توزیع (the glove and stocking distribution) قائم رہتی ہے، لیکن جب عدم حسیت جوارح زیریں سے بڑھ کر دھڑ پر آتی ہے تو اس کا بالائی لیول ایک غلطی خط میں ہوتا ہے۔ پچھلے استوانوں کی ماؤفیت کا ثبوت، مرض کے ابتدائی درجہ میں ہی جوارح میں وضع حرکت، مجہول اور ارتعاش کے احساسات کے فقدان کی صورت میں ملتا ہے، اور گھٹنے اور ٹخنے کے جھٹکے مفقود ہو جاتے ہیں۔ دوسرے موضوعی مظاہر جو عام طور پر پائے جاتے ہیں کمر کے گرد جکڑاؤ اور جوارح زیریں میں تنگی یا ورم کے احساسات ہیں۔

ہرمی مرض کے آمارات عموماً ان امارات کے بعد واقع ہو جاتے ہیں جن کا تذکرہ اوپر کیا گیا ہے، اور جوارح زیریں میں کمزوری کی شکایت اور باسط اخمصی مجیبیت کے نمودار ہو جانے سے ظاہر ہوتے ہیں۔ دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ جانبی استوانے پہلے ماؤف ہو جائیں۔ ایسی حالت میں مریض شکایت کرتا ہے کہ اس کے پاؤں بھاری معلوم ہوتے ہیں، اور چلنے میں پاؤں گھسیٹے جاتے ہیں، بالخصوص جب کہ وہ تھکا ہوا ہو۔ ازاں بعد جوارح زیریں اکڑ جاتے ہیں اور چال تشنجی یا فالج کے مریض جیسی ہو جاتی ہے، اگرچہ غور کے ساتھ امتحان کرنے پر غالباً ایک بے نسقی کا عنصر ظاہر ہوگا جو عضلی اور مفصلی حس پذیری کے فقدان کے باعث ہوتا ہے۔ جوں جوں 683

پچھلے اُستوانے زیادہ کامل طور پر ماؤف ہوتے جاتے ہیں شنجی تصویر کے بجائے رخوشلل کی تصویر نمودار ہوتی جاتی ہے اور چال ہزول شخص جیسی ہوتی جاتی ہے۔ اس وقت ممکن ہے کہ مریض اپنی اکڑ میں تخفیف دیکھ کر یہ غلط امید کرنے لگے کہ اس کی حالت میں اصلاح ہو رہی ہے اگر مزید بے نسقی نمودار ہونے کے ساتھ وہ جلد ہی صاحبِ فراش ہو جاتا ہے۔ بالعموم یہ یا فالج عنقی کلانی سے رسد پانے والے خطوں کی بالائی حدود تک نہیں پہنچتا اور مرض کے آخری درجوں میں بھی بالائی جوارح کی ماؤفیت محیطی عدم حسیت اور کمزوری تک محدود رہتی ہے۔

مرض کے آخری درجوں میں عضلات عاصرہ ہمیشہ ماؤف ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ ابتداءً تبویل کا فعل شروع کرنے میں دقت ہو جس کے بعد اقتدار کا فقدان واقع ہو جاتا ہے اور ساتھ ہی کامل سلسل البول و البراز بہ سرعت نمودار ہو جاتا ہے۔ اس وقت التہاب مثانہ واقع ہونے کا امکان ہوتا ہے جس کا نتیجہ التہاب گردہ و حوضِ گردہ (pyelonephritis) ہو سکتا ہے جس سے مہلک خاتمہ ہونے کا خطرہ ہے اور قروح الفراش ناگزیر طور پر نمویاب ہو جاتے ہیں۔

خاتمہ کے قریب مریض کی ذہنی حالت سُبات، غنودگی اور دلجمعی کی ہوتی ہے جو کہ نمویاب ہو کر کبھی کبھی خفیف سے ہذیان کی کیفیت میں بدل جاتی ہے۔ مخصوص حواس اور قحفی اعصاب غیر متاثر رہتے ہیں۔ مرض کے مختلف درجوں میں سکوسات مختلف طور پر متاثر ہوتے ہیں۔ زیادہ عام قسم میں جو کہ حسی اختلال کے ساتھ شروع ہوتی ہے تخنے کے جھٹکے جلد ہی مفقود ہو جاتے ہیں، پھر گھٹنے کے جھٹکوں کا فقدان ہو جاتا ہے اور اس وقت تک اخمصی مجیبیت باسط نوعیت کی ہو جاتی ہے۔ اس قسم میں جو تشنجی کمزوری کے ساتھ شروع ہوتی ہے، اخمصی مجیبیت ابتداء ہی سے باسط ہوتی ہے، گھٹنے اور ٹخنے کے جھٹکے ابتداءً مبالغہ آمیز ہوتے ہیں اور بالآخر مفقود ہو جاتے ہیں شکمی سکوسات عموماً مرض کے آخری درجہ تک قایم رہتے ہیں۔

عدم دمویت تقریباً نصف اصابتوں میں ابتدائی معائنہ کے وقت ہی شناخت ہو سکتی ہے۔ وہ اس قسم کی ہوتی ہے جو مختلف عدم دمویت میں پائی جاتی ہے، ملاحظہ ہو صفحہ 432۔ جلد کی رنگت میں اکثر ایک زرد مائل جھلک ظاہر ہوتی ہے، جس کے مقابلہ میں ایک تیز وجنی تورّد (malar flush) کی موجودگی ممکن ہے چہرے کی ہیئت کو ممیز بنا دے۔

اگرچہ اس قسم کی عدم دمویت موت سے پہلے ان اصابتوں کی بڑی اکثریت میں پیدا ہو جاتی ہے، تاہم بعض اصابتیں ایسی بھی ہوتی ہیں جن کا امر تشیلی طور پر متذکرۂ بالا امر کی طرح ہوتا ہے لیکن کوئی ممیز دموی تصویر پیدا ہوئے بغیر مہلک خاتمہ ہو جاتا ہے۔

معدی بے ترشگی (gastric achlorhydria) ہمیشہ ہوتی ہے اور عدم دمویت کے بغیر بھی موجود ہو سکتی ہے۔

تشخیص ابتدائی درجوں میں اکثر مشکل ہوتی ہے، مگر پچاس اور ساٹھ برس کے درمیان کی عمر والے شخص کا متذکرۂ بالا قسم کے محیطی فسادات حس (peripheral paraesthesiae) کی شکایت کرنا ہمیشہ تحت الحاد مخلوط انحطاط کا شبہ پیدا کرتا ہے، اور اس بنا پر معکوسات کی بہ احتیاط تفتیش، کامل دموی امتحان اور امتحانی غذا کا استعمال کیا جاتا ہے۔

مرض کی رخو قسم (flaccid type) کو جس میں وتری جھٹکے مفقود اور محیطی عدم حسیت موجود ہو، کثیر عصبی التہاب (polyneuritis) سے متفرق کرنا چاہیے۔ دونوں امراض میں پنڈلیاں دبانے پر الیم ہوتی ہیں۔ دونوں میں تفریق کرنے میں سریری اہمیت کے خاص نکات یہ ہیں کہ تحت الحاد مخلوط انحطاط میں نطاقی احساس اور ناقص عاصری اقتدار کی سرگذشت کی موجودگی، اور امتحان کرنے پر جلدی کے مقابلے میں عمیق حس پذیری کی غالب ماؤفیت، اور اخمصی مجیبیت باسط پائی جاتی ہیں۔

مرض کی اس قسم کو ہزال نخاع سے بھی تمیز کرنا پڑتا ہے، جس میں گاہے ماہے ہرمی خطّے ماؤف ہو کر باسط اخمصی مجیبیت موجود ہوتی ہے۔ اس تعلق میں

سرگذشتِ مرض اور ساتھ ہی وہ حدتی غیر طبعی حالتیں جو ہزال نخاع میں واقع ہوجاتی ہیں، اہم نکات ہیں، اور اکثر خون اور نخاعی سیال کے امتحان سے یہ سوال حل ہوجائے گا۔

تشنجی قسم (spastic type) کو منتشر صلابت (disseminated sclerosis) سے تمیز کرنا چاہئے، جس میں رقص متلۃ اور ارادی رعشہ کی موجودگی، اور حس، قوت، یا بصارت کے سریع الزوال اختلالات کی سرگذشت عموماً موجود ہوا کرتی ہے۔

حملہ کس انداز سے شروع ہوتا ہے یہ امر اس مرض کو حاد التہاب نخاع (acute myelitis) یا نخاعی سلعہ سے متفرق کرنے کے لئے کافی ہوتا ہے۔ دوسرا قابل ذکر مرض جس میں پچھلے اور جانبی استوانہ کا مخلوط انحطاط واقع ہوتا ہے، مرض فریڈرک (Friedrich's disease) ہے، جس سے تحت الحاد مخلوط انحطاط کی تفریق سِن حدوث اور دوسرے امارات کی بنا پر بآسانی ہوجاتی ہے۔ 684

معدی رس میں آزاد ہائڈروکلورک ایسڈ کی عدم موجودگی، اور کلاں خلوی عدم دمویت، جو کہ تحت الحاد مخلوط انحطاط کی اکثر اصابتوں کی امتیازی خصوصیت ہیں، اس قسم کی مثبت شہادت بہم پہنچاتے ہیں جو بالعموم ایک مشتبہ اصابت میں تشخیص کا فیصلہ کرنے کے لیے کافی ہوتی ہے۔

انذار۔ اب سے چند روز ہی پہلے تک انذار تقریباً ہمیشہ بُرا سمجھا جاتا تھا، کیونکہ آغاز مرض سے دو یا تین سال ہی کے اندر التہاب مثانہ یا قروح الفراش کے باعث مہلک خاتمہ کا رجحان ہوتا تھا، گو شاذ اصابتوں میں فترات بھی واقع ہوسکتے تھے۔ لیکن متلف عدم دمویت کے لئے علاج بالکبد کے رواج کے ساتھ تحت الحاد مخلوط انحطاط میں مستقبل زیادہ امید افزا نظر آنے لگا، اور اب یہ امر ظاہر و باہر ہے کہ متلف عدم دمویت کی اصابتوں میں جب علامات ابھی ظاہر نہ ہوئے ہوں تو ان کو روکا جاسکتا ہے۔ یہ کہ جب نخاع کا انحطاط پہلے ہی شروع ہوچکا ہو، تو اس کی ترقی کو موقوف کیا جاسکتا ہے۔ اور یہ کہ بہت سی

اصابتوں میں تحت الحاد مخلوط انحطاط کے علامات اور آثارات میں معتد بہ اصلاح کی جا سکتی ہے۔ تاہم یہ نتائج صرف پورے طور پر اور استقامت کے ساتھ علاج کرنے سے ہی حاصل ہو سکتے ہیں۔

علاج۔ علاج وہی ہے جو مختلف عدم دمویت میں کیا جاتا ہے، اور یہ پہلے بیان کیا گیا ہے۔ تحت الحاد مخلوط انحطاط کے علاج کے لیے یہ ضروری ہے کہ خلاصہ جگر، مجفف معدہ، اور لوہا اتنی مقداروں میں دیئے جائیں کہ طبعی دموی تصویر پیدا کر کے اس کو قائم رکھ سکیں، اور اس کے علاوہ اس قائم رکھنے والی مقدار سے کچھ زائد مقدار دی جائے تاکہ مرض نخاع کا علاج ہو۔ اُن اصابتوں میں جن میں علاج کے ذریعہ مرض کی ترقی تو رک گئی ہو مگر پچھلے اُستوانہ کو مضرت پہنچ چکی ہو، فریذیکل کی ورزشوں سے (جن کی ہزال نخاع کے لیے سفارش کی گئی ہے) بڑی مدد مل سکتی ہے۔

فریڈرک کی بے نسقی

(Friedreich's ataxia)

اس مرض کا ممیز خاصہ اِس کا پیدائشی رجحان اور ایک ہی خاندان کے کئی افراد میں اس کا ظاہر ہونا ہے۔ چنانچہ ایک شخص اسے اپنے بچوں میں منتقل کر سکتا ہے، یا والدین کے ماؤف ہوئے بغیر یہ مرض دو یا زائد بھائیوں اور بہنوں میں ظاہر ہو سکتا ہے۔ یہ عورتوں کے نسبت مردوں میں صرف قدرے زاید کثیر الوقوع ہے، اگرچہ یہ ہو سکتا ہے کہ ایک خاندان میں مرد خاص طور پر ماؤف ہوں، اور دوسرے خاندان میں عورتیں۔ اور یہ عموماً پہلے ابتدائی عمر میں ساتویں یا آٹھویں سال کے قریب دیکھا جاتا ہے، یا سن بلوغ میں۔ غیر خاندانی اصابتیں بھی ہوتی ہیں۔

امراضیاتی تشریح۔ انحطاط پچھلے اُستوانوں میں نخاعی دمیغی خطوں میں اور ہرمی خطوں میں پایا جاتا ہے (صفحہ ۵ تصویر ۳)۔ نخاع کی دونوں جانبیں متشاکل طور پر ماؤف ہوتی ہیں، اور انحطاط وسطی صدری لیول پر سب سے زیادہ نمایاں ہوتا ہے۔ نخاعی دمیغی ریشوں کے انحطاط کے ساتھ ساتھ اُستوانہ کلارک کے خلیوں اور ریشی عمل

میں تغیرات پائے جاتے ہیں۔ بالعموم دِمَاغ کوئی امراضیاتی تغیرات نہیں ظاہر کرتا۔
مرض کا سبب یہ معلوم ہوتا ہے کہ ماؤف ہونے والے عصبی نظامات یا خطوں میں حَیویت کی ایک پیدائشی کمی ہوتی ہے۔

علامات۔ مرض کا حملہ عموماً بتدریج ہوتا ہے، اور وہ پہلے اس طرح ظاہر ہوتا ہے کہ چال بے ڈھنگی ہوتی ہے، اور کھیلتے وقت یا ایسے افعال کو انجام دیتے وقت جن میں نازک توازن کی ضرورت ہو بچہ گر جانے کا رجحان رکھتا ہے۔ ان علامات کا انحصار ناہم آہنگی پر ہوتا ہے، جو دمیغی قسم سے مطابقت رکھتی ہے اور جس کا مظاہرہ امتحان کے اُن مختلف طریقوں سے کیا جا سکتا ہے جو پہلے بیان کیے گئے ہیں (اصبع انف اصبعی اور ایڑی گھٹنا امتحان، تواتر حرکات = diadochokinesis)۔ بالعموم ٹانگوں کے نسبت بازو کسی قدر بعد میں ماؤف ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ مریض بحالتِ سکونِ جوارح کی بے قاعدہ جھٹکے دار حرکات ظاہر کرے جو داء الرقص کی حرکات سے کسی قدر مشابہ ہوتی ہیں، اور خاصکر سَر کا کبوی رعشہ دیکھنے میں آتا ہے۔

یہ ناہم آہنگی جوارح تک محدود نہیں ہوتی، بلکہ گویائی کے عضلی نظام کو بھی ماؤف کر دیتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ نطق رُک رُک کر اور دھاکے کے ساتھ ہوتا ہے۔ رقص مقلہ عموماً موجود ہوتا ہے مگر اِس مرض کا نمایاں خاصہ نہیں
685 ہوتا۔ پچھلے اُستوانوں کی ماؤفیت کی وجہ سے گھٹنے اور ٹخنے کے جھٹکے متقابلۃً ابتدا ہی میں مفقود ہو جاتے ہیں، اور جوں ہی کہ ہَرمی خطے ماؤف ہوتے ہیں اخمصی معکوسات باسط ہو جاتے ہیں۔

اِس مرض کا ایک مخصوص خاصہ یہ ہے کہ تقریباً ہمیشہ ڈھانچہ کے بعض تشوہات موجود ہوتے ہیں۔ ان میں سے ممیز ترین **قدم مکھف** (pes cavus) ہے۔ یہ وہ حالت ہے جس میں پاؤں کی محراب بہت زیادہ نمایاں ہو جاتی ہے، پاؤں کی انگلیاں بعد مشطی سلامی مفصل پر بیش بسط شدہ اور بین سلامیاتی مفصل پر خمیدہ ہوتی ہیں۔ دوسرا ممیز خاصہ اِلتواء (scoliosis) ہے یعنی عمود الفقرات کا جانبی انحنا جو ظہری خطے میں ہوتا ہے، اور اس کے ساتھ

عموماً کسی قدر تسنّم (kyphosis) یعنی انحنائے پیشیں موجود ہوتا ہے۔ ان تشوہات کے اسباب نامکمل طور پر سمجھے گئے ہیں۔

عموماً حس پذیری کسی اہم حد تک ماؤف نہیں ہوتی، مگر بعض اصابتوں میں احتیاط کے ساتھ امتحان کرنے پر اوپری اور عمیق دونوں قسم کی حس میں کمی پائی جا سکتی ہے۔ عضلاتِ عاصرہ غیر ماؤف ہوتے ہیں۔ ان مریضوں میں جو سنِ بلوغ سے پہلے ہی آماراتِ مرض ظاہر کرتے ہیں، نمو عموماً رُک جاتا ہے اور ذہنیت بھی کسی قدر طفلانہ ہوتی ہے۔ یہ مرض سالہا سال تک آہستہ آہستہ ترقی کرتا رہتا ہے مگر براہ راست مہلک نہیں ہوتا۔

تشخیص۔ تشخیص طفولی هزال (juvenile tabes) سے کرنی پڑتی ہے، جس میں حدقات آرگائل رابرٹ سن، ذبول عصب بصری اور پیدائشی آتشک کے متلازم امارات، اور ساتھ ہی خون اور نخاعی سیال میں تعامل واسرمن کی موجودگی، تفریقی تشخیص کو یقینی کرنے کے لئے کار آمد ہیں۔ فریڈرک کی بے نسقی منتشر صلابت (disseminated sclerosis) سے بھی مشابہ ہو سکتی ہے لیکن آخر الذکر ایسی چھوٹی عمر میں شاذ ہی کامل طور پر نمو یافتہ ہوتی ہے، اور اس میں وتری جھٹکے مفقود نہیں ہوتے بلکہ زیادہ ہو جاتے ہیں۔ دماغی سلعہ میں دَرون جمجمی دباؤ کی زیادتی کے آمارات عموماً صریح ہوتے ہیں، لیکن اس کے علاوہ موروثی دمیغی بے نسقی (hereditary cerebellar ataxy) کی بعض اصابتیں ایسی ہیں جو مرض فریڈرک سے کسی قدر دقت کے ساتھ تمیز کی جا سکتی ہیں۔

انذار۔ یہ ناموافق ہوتا ہے۔ مریض دس یا پندرہ سال کے عرصہ کے بعد بالآخر صاحب فراش ہو جانے کا رجحان رکھتا ہے، اور عموماً مقابلۃً نوعمری میں کسی بین رَو مرض کا شکار ہو جاتا ہے۔

علاج سے زیادہ فائدہ نہیں ہوتا، لیکن اس نوعیت کی ورزشوں سے جو هزال نخاع کے لئے استعمال کی جاتی ہیں اگر باقاعدگی کے ساتھ تربیت جاری رکھی جائے تو ممکن ہے کسی قدر اصلاح ہو جائے۔

شظوی عضلی ذبول

(peroneal muscular atrophy)

(شارکو ماری ٹوتھ کا مرض = Charcot-Marie-Tooth disease)

اس مرض کے بڑے خصائص یہ ہیں کہ اس میں عضلی لاغری خاص توزیع رکھتی ہے، اور ترقی سست رفتار کے ساتھ ہوتی ہے، اور یہ اکثر و بیشتر اوقات ایک موروثی رجحان ظاہر کرتا ہے جس کی وجہ سے یہ خون کا رشتہ رکھنے والے افراد میں لاحق ہوا کرتا ہے۔ وہ اشخاص جو اس میں مبتلا ہوتے ہیں مرض کو آیندہ نسلوں میں بلا واسطہ منتقل کر دیتے ہیں۔ گو انفرادی اصابتیں مرقوم ہیں، تاہم احتیاط کے ساتھ تحقیق و جستجو کی جائے تو خاندان کے وہ افراد بھی جو غیر متاثر سمجھے جاتے ہیں اکثر مرض کے غیر مشتبہ امارات ظاہر کرتے ہیں۔

امراضیاتی تشریح۔ اگلے قرن کے ان خلیوں میں جو لاغر شدہ عضلات سے متناظر ہیں، نیز محیطی اعصاب میں اور پچھلے استوانوں میں انحطاط پایا جاتا ہے (3)۔

علامات۔ یہ عموماً بچپن میں شروع ہو جاتے ہیں، لیکن استثنائی اصابتوں میں پہلے پہل ادھیڑ عمر میں ظاہر ہو سکتے ہیں۔ حملۂ مرض بتدریج ہوتا ہے اور پاؤں کے چھوٹے عضلات میں، اور اگلے قصبیتی گروہ کے عضلات بالخصوص عضلاتِ شظیۃ میں لاغری اور کمزوری پیدا ہو جاتی ہے۔ اس سے ایک مخصوص وضعِ نشو و نما اور چلنے میں دقت پیدا ہو جاتی ہے۔ بعد مشطی سلامی مفصل پر بیش بسط شدگی اور بین سلامیاتی مفصل پر بیش خمیدگی واقع ہو جانے کے باعث پاؤں کی انگلیاں اوپر کو مڑ جاتی ہیں۔ اخمصی محراب بلند اور کوتاہ ہو جاتی ہے، جس کی وجہ سے قدم مکھف (pes cavus) پیدا ہو جاتا ہے، اور پاؤں ٹخنے کے جوڑ پر ساقط اور درگردانیدہ ہوتا ہے۔ اسی واسطے مریض کو زمین سے اپنا پاؤں ہٹانے میں دقت ہوتی ہے

اور ممکن ہے وہ انگلیوں پر ٹھوکر کھا کر گر جائے، خاص کر جلدی کرنے میں۔
جیسے جیسے مرض ترقی کرتا جاتا ہے اس کے بعد اکثر ہاتھوں کے چھوٹے عضلات ماؤف ہو جاتے ہیں۔ مرض کی رفتار اکثر نہایت سست ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ وہ اس سے آگے ترقی نہ کرے۔ مگر جب وہ آگے ترقی کرتا ہے تو لاغری بتدریج جوارح زیرین سے اوپر کی طرف کسی قدر ممیز 686
طرز پر پھیلتی ہے، یعنی وہ پنڈلیوں کو ماؤف کرتی ہے، اور پھر رانوں کے اسفل حصوں کو۔ ممکن ہے کہ لاغر ہونے والے عضلات میں ریشکی جھٹکے ہونے لگیں، اور بیشتر اصابتوں میں برقی تعاملات حت اور تعامل انحطاط) ظاہر کرتے ہیں۔
ممکن ہے کہ آغاز مرض میں پاؤں میں سن پن اور جھنجھناہٹ کی شکایت ہو، لیکن کوئی معروضی حسی اختلال نہیں ہوتا۔
بالعموم عضلی لاغری سے پہلے وتری جھٹکوں کا فقدان واقع ہو جاتا ہے، چنانچہ اس درجہ میں جب کہ لاغری پاؤں تک محدود ہوتی ہے، ممکن ہے کہ بالائی اور زیرین جوارح کے تمام وتری جھٹکے مفقود ہوں۔ لیکن اس کلیہ کے مستثنیات بھی ہیں اور عملاً یہ پایا جاتا ہے کہ ان مریضوں کا ہر خاندانی گروہ، گو اپنی نسبی خصوصیات قایم رکھتا ہے تاہم دوسرے خاندانی گروہوں سے اختلافات ظاہر کرتا ہے۔ ذہنی یا دماغی حالت، مخصوص حواس، جمجمی اعصاب اور عضلات عاصرہ غیر ماؤف رہتے ہیں۔
تشخیص۔ تفریقی تشخیص مرض فریڈرک سے کرنی پڑتی ہے۔ ان دونوں میں قدم مکھف (pes cavus) اور مفقود وتری جھٹکے پائے جاتے ہیں اور ساتھ ہی مرض کی خاندانی سرگذشت موجود ہوتی ہے، مگر فریڈرک کا بے نسقی میں دماغی اور ہرمی ریشوں کی مضرت رسیدگی کے امارات موجود ہوتے ہیں۔ خنطوی عضلی ذبول میں ایسے امارات کی غیر موجودگی، اور ساتھ ہی عضلات کے اگلے قصبیتی گروہ کی لاغری کی بنا پر عموماً دونوں میں فرق کرنا آسان ہوتا ہے۔
مترقی عضلی سوء التغذیہ (progressive muscular dystrophy) کی

بعدی قسم اس قدر آسانی کے ساتھ نہیں متفرق کی جا سکتی۔ شنظوی ذبول کی تائید حسب ذیل امور سے ہوتی ہے:۔ ریشکی جھٹکوں کا وقوع، وتری جھٹکوں کا عاجل فقدان، اور ماؤف عضلات میں انحطاطی تعامل کا ہونا۔

انذار۔ رفتار مرض اس قدر سست ہوتی ہے کہ از کار رفتگی بہت سی اصابتوں میں خفیف ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ مریض خاص قسم کے جوتوں اور تقویم الاعضائی آلات (orthopædic apparatus) کی مدد سے نقل و حرکت کر سکتا ہے۔ بعض اصابتوں میں، پانچ سال سے لے کر سات سال کے عرصہ کے بعد، یہ عارضہ خود بخود رک جاتا ہے۔

علاج۔ تشوہات کی درستی کے لئے خاص قسم کے جوتے، شبانہ جبائر (night-splints)، اور بعض اصابتوں میں چلنے کے آلات کی ضرورت ہوتی ہے۔ دلک اور حرکات مجہول بھی مفید ہیں۔

حرکی عصبیوں کا مرض

(motor neuron disease)

یہ لقب ان امراض کو جمع کرنے کے لیے اختیار کیا گیا ہے جو پہلے اس کتاب میں مترقی عضلی ذبول (progressive muscular atrophy)، عضلی ذبولی جانبی صلابت (amyotrophic lateral sclerosis)، مترقی بصلی شلل (progressive bulbar paralysis) اور اوّلی جانبی صلابت (primary lateral sclerosis) کے جداگانہ عنوانات کے تحت بیان کیے گئے تھے۔ جہاں تک معلوم ہے ان تمام عوارض میں امراضیاتی عمل ایک ہی قسم کا ہوتا ہے جس کا ممیز خاصہ بالائی یا زیرین حرکی عصبیہ کا یا عموماً بیک وقت ان دونوں کا اوّلی انحطاط ہوتا ہے۔ بالائی یا زیرین عصبیہ کی ماؤفیت کے غلبہ کے لحاظ سے اور دماغی نخاعی محور کے مخصوص طور پر ماؤف شدہ لیول کے لحاظ سے اصلی سریری تصویر مختلف ہوتی ہے۔

اسباب۔ اس مرض کے مبداء کے متعلق ہمارا علم بہت

ناکل ہے۔ یہ ادھیڑ اور آخری عمر کا مرض ہے اور عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ عام ہوتا ہے۔ ان اصابتوں کا ایک خفیف سا تناسب آتشک کے باعث ہوتا معلوم ہوتا ہے، جیسا کہ خون یا نخاعی سیال کے تعامل واسرمین سے ثابت ہوتا ہے، لیکن ان کی بڑی اکثریت میں انحطاط کا کوئی سبب معلوم نہیں ہو سکتا۔

مرضی تشریح۔ خردبینی تغیرات غیر ممیز ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ نخاع عنقی اور قطنی کلائیوں میں سکڑی اور ٹھٹھری ہوئی معلوم ہو، اور دماغ کی پیش مرکزی تلفیفوں میں بھی ایسا ہی ذبول ظاہر ہو۔ خردبین کے نیچے نخاع میں ہرمی ریشوں کا اولی انحطاط نظر آتا ہے، جو اکثر اندرونی کیسہ اور دماغی قشرہ تک اوپر کو پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ نخاع میں مقدم جانبی خطوں کے ریشے بھی پتلے نظر آتے ہیں، چنانچہ ویگرٹ پال کے طریقے سے رنگی ہوئی تراشوں میں (ملاحظہ ہو صفحہ ۵۵ تصویر ۱) تندرست پچھلے اور موخر جانبی اُستوانے ماؤف رقبوں کے مقابلہ میں نمایاں تضاد ظاہر کرتے ہیں۔ طریقۂ نسل سے رنگی ہوئی تراشیں اگلے قرنوں میں حرکی خلیوں کی بڑی قلت ظاہر کرتی ہیں۔ وہ خلیات جو باقی رہتے ہیں اکثر ٹھٹھرے اور سکڑے ہوئے اور انحطاط پذیر ہوتے ہیں۔ ایسے ہی تغیرات ساق دماغ اور بالخصوص بارھویں عصب کے نواتوں اور عصب تایہ کے حرکی نواتوں، اور حرکی قشرہ کے خلیات بیٹز (Betz cells) میں نظر آ سکتے ہیں۔

ماؤف عضلات انحطاط اور ذبول، اور ساتھ ہی لحم غلافوں کے نواتوں کا تکاثر، اور کسی قدر بدل کیفیت ظاہر کرتے ہیں، لیکن چربی کا ویسا جماؤ نہیں ہوتا جیسا کہ عضلی امراض (myopathies) میں دیکھا جاتا ہے۔ 687

علامات۔ ان خلیوں اور ریشوں کی منفائیت کے لحاظ سے جو کہ خاص طور پر متاثر ہوتے ہیں سریری تصویر مختلف ہوتی ہے۔ عام ترین قسم (مترقی عضلی ذبول = progressive muscular atrophy) میں بالائی جوارح کی کمزوری اور لاغری ابتدائی علامت ہوتی ہے۔ یہ عموماً ہاتھوں کے چھوٹے عضلات میں شروع ہوتی ہے، اور دونوں ہاتھ ایک ساتھ یا ایک ہاتھ دوسرے

کے بعد ماؤف ہوتا ہے۔ فرازات ابہام چپٹے ہو جاتے ہیں، ہتھیلی کا گڑھا زیادہ گہرا ہو جاتا ہے اور ہاتھ کے زندی کنارے کے خط کا ڈول زیرابہامی عضلات کی لاغری کے باعث مفقود ہو جاتا ہے۔ ہاتھ کی ظہری سطح پر ظہری بین العظام عضلات کے غائب ہو جانے کی وجہ سے بعد رسغی ہڈیوں کے درمیان گڑھے یا "میزاب" پیدا ہو جاتے ہیں۔ اور شہادت کی انگلی اور انگوٹھے کے درمیان کا گڑھا نمایاں ہو جاتا ہے۔ اگر پیش بازو کے عضلات میں قوت باقی رہتی ہے تو انگلیاں "مخلبی" وضع ("claw" position) میں واقع ہونے کا رجحان رکھتی ہیں، یعنی طویل باسط اور خم کن عضلات کے لیے روک فعل کی وجہ سے وہ بعد رسغی سلامی مفاصل پر بسط شدہ اور انتہائی مفاصل پر خمیدہ ہوتی ہیں۔ انگوٹھا اپنے درونی عضلات کی کمزوری کی وجہ سے پیچھے گر کر انگلیوں کی صف میں آجاتا ہے اور اس کی گدی سامنے کی طرف ہوتی ہے (قردی ہاتھ = ape-hand)۔ بالائی جوارح کے دوسرے عضلات میں مرض کے پھیلاؤ کی کوئی خاص ترتیب نہیں ہوتی، لیکن پیش بازو اور شانہ کے عضلات اکثر ماؤف ہو جاتے ہیں، اور ذو راسین اور مثلث الرؤس اب بھی بچے رہتے ہیں۔ گردن، دھڑ اور جوارح زیرین کے عضلات بالآخر ماؤف ہو جاتے ہیں۔ آخر الذکر میں پہلے عموماً رانوں کے عضلات ماؤف ہوتے ہیں۔ مرض کا بصلی نواتوں میں پھیل جانا بھی شاذ نہیں۔ دوسری اصابتوں میں مرض اسی حصہ میں شروع ہوتا ہے (مترقی بصلی شلل (progressive bulbar، paralytis =) اور مریض خود کو عسر الکلام، عسر البلع یا زیادہ شاذ اصابتوں میں بھرائی ہوئی آواز کی وجہ سے طبیب کے سامنے پیش کرتا ہے۔ زبان سب سے پہلے اور خاص طور پر ماؤف ہوتی ہے اور ریشی جھٹکے (جو دوسرے ماؤف عضلات کی لاغری کا ایک ممیز مگر غیر مستمر خاصہ ہیں) اس عضو میں شاید ہی کبھی غیر موجود ہوتے ہیں۔ غلاف بنانے والی حنکی جھلی میں شکنیں اور گڑھے پیدا ہو جانے سے عضلی ذبول کا راز بھی جلد آشکار ہو جاتا ہے۔ زبان کے ساتھ ساتھ لبوں کے عضلات بھی عموماً ماؤف ہو کر نطق کی دقت کو اور زیادہ کر دیتے ہیں چنانچہ اکثر

اس سے پہلے کہ خارجی منظر میں کوئی نمایاں غیر طبعی حالت موجود ہو، گفتار ہوتی اور ناقابل فہم ہو جاتی ہے۔ تالو اور بلعوم کی ماؤفیت سے عسر البلع، اور احبال الصوت کی ماؤفیت سے آواز بھرائی ہوئی ہو جاتی ہے۔ مضغی عضلات اور چہرے کے بالائی عضلات اکثر ماؤف نہیں ہوتے، اور عضلاتِ چشم تو شاید ہی کبھی ماؤف ہوتے ہوں۔ شاذ مثالوں میں مرض قطنی کلانی میں شروع ہو کر جوارح زیرین کی کمزوری اور ذبول پیدا ہو جاتا ہے، اور یہ دونوں پہلے عموماً رانوں میں ظاہر ہوتے ہیں۔

بالعموم لاغری اور کمزوری دونوں ساتھ ساتھ بڑھتے جاتے ہیں لیکن ایسی اصابتیں بھی ہوتی ہیں (خاص کر اس وقت جب کہ مرض بسرعت ترقی پذیر ہو) جن میں بہت بڑے حجم کے عضلات تقریباً ناطاقت پائے جاتے ہیں۔ ذبولی شکل کے ساتھ ساتھ تقریباً ہمیشہ بالائی عصبیتی ماؤفیت کا کچھ ثبوت موجود ہوتا ہے۔ باوجود ذبول کے ابتدائی درجوں میں وتری منعکسات اکثر تیز بلکہ مبالغہ کے ساتھ ہوتے ہیں، اور صرف خود عضلات کے ساتھ غائب ہوتے ہیں۔ مبالغہ آمیز شدقی جھٹکا (jaw-jerk) ان اصابتوں کے لئے ممیز ہوتا ہے جن میں بصلی ماؤفیت ہو۔ اخمصی مجیبیت جلد یا بہ دیر باسط شکل اختیار کر لیتی ہے۔

بعض اوقات، لیکن شاذ صورتوں میں، بالائی عصبیتی ماؤفیت دوسری ماؤفیت سے پہلے واقع ہوتی ہے یا اُس کو ماند کر دیتی ہے، اور مرض کی ممیز خصوصیت تشنجی کمزوری ہوتی ہے، بالخصوص جوارح زیرین کی۔ اس کے ساتھ ہاتھوں یا بصلی عضلات کی ذبولی کمزوری موجود ہو سکتی ہے (عضلاتی ذبولی جانبی صلابت=amyotrophic lateral sclerosis)، یا ممکن ہے کہ انحطاط ہرمی ریشوں تک محدود رہے (اوّلی جانبی صلابت=primary lateral sclerosis)۔

حسّی وظیفہ کی کوئی معروضی خرابی نہیں ہوتی، لیکن بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ عضلی ذبول سے پہلے جوارح میں ٹیس کے ساتھ درد اور جھنجھناہٹ کی شکایت ہو۔ ریشکی جھٹکے اگر شدید ہوں تو تکلیف دہ ہو سکتے ہیں تاوقتیکہ ہرمی ریشے بہ شدت

ماؤف نہ ہوں عاصری اقتدار طبعی حالت میں رہتا ہے۔ دماغی حالت عموماً غیر ماؤف ہوتی ہے لیکن جن اصابتوں میں ہرمی خطوں کی زیادہ ماؤفیت بصلی لیول سے اوپر ظاہر ہو ان میں بعض اوقات جذبات کے اظہار پر اقتدار کا کسی قدر فقدان ہوتا ہے، چنانچہ مریض غیر معمولی آسانی کے ساتھ ہنسنے لگتا یا زیادہ عام طور پر رونے لگتا ہے۔

688 **انذار**۔ مرض کا مر تبدریج ترقی پذیر ہوتا ہے۔ ترقی کی رفتار مختلف ہوتی ہے۔ اس کی دو انتہائیں ہیں: ایک طرف تو ممکن ہے کہ آغاز مرض سے ایک سال کے اندر موت واقع ہو جائے، اور دوسری طرف یہ کہ مریض پندرہ سال کے خاتمہ پر بھی زندہ پایا جائے۔ انفرادی اصابت میں ترقی کی رفتار برابر رہنے کا رجحان رکھتی ہے، چنانچہ کچھ عرصے تک مشاہدہ کرنے کے بعد انذار کا کسی قدر اندازہ ہو سکتا ہے۔ جن اصابتوں میں بصلی یا تنفسی عضلات کی ماؤفیت جلد واقع ہو جاتی ہے ان میں عمر کے کوتاہ ہونے کا سب سے زیادہ رجحان ہوتا ہے۔ وہ اصابتیں جن میں لاغری ہاتھوں اور پیش بازوؤں تک محدود رہتی ہے (مترقی عضلی ذبول=progressive muscular atrophy)، بہت سست رفتاری کے ساتھ ترقی کرتی ہیں، اور یہی کیفیت ان اصابتوں کی ہوتی ہے جن میں صرف ہرمی خطے ماؤف ہوتے ہیں۔ موت عموماً تنفسی خطے کی بنا د و سرایت کے باعث واقع ہوا کرتی ہے۔ بصلی ماؤفیت ایک امتصاصی شعبتی ذات الریہ (aspiration broncho-pneumonia) کے لئے راستہ صاف کر دیتی ہے۔

تشخیص۔ جس قسم میں ہاتھوں کا حاصل ذبول ایک ممیز خاصہ ہوتا ہے (مترقی عضلی ذبول)، اس کی تفریق نخاع کی عنقی کلائی کے کسی ہاکی ضرر (مثلاً سلعہ یا مزمن التہابِ سحایا، یا مرضی ہڈی کے دباؤ) سے کرنی پڑتی ہے۔ ضرر کے فلقی لیول سے نیچے حسّی فقدان کی موجودگی، اور نخاعی سیال کے مافیہ یا دباؤ میں تغیرات کے وقوع سے عموماً ان دونوں میں امتیاز کیا جا سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ نخاعی جوفیت (syringomyelia)

سے تمیز کرنا وقت طلب ہوگا کیونکہ دونوں امراض میں بصلی عضلات اور ہاتھ کے عضلات کا ہرمی خلطوں کے ساتھ ساتھ ہمزماں طور پر ماؤف ہو جانے کا رجحان ہوتا ہے۔ اس شبہ کو رفع کرنے کے لئے احتیاط کے ساتھ حسی امتحان کی ضرورت ہو سکتی ہے۔

رصاصی شلل (lead palsy) کی شناخت شلل کی مخصوص توزیع اور رصاصی تسمم کے دوسرے ثبوت سے ہو سکتی ہے۔

عنقی پسلیاں (cervical ribs) ہاتھ کے عضلات کا ذبول پیدا کر سکتی ہیں اور دوجانبی ہو سکتی ہیں۔ لیکن ان اصابتوں میں لاغری سختی کے ساتھ ہاتھوں تک محدود ہوتی ہے۔ اس مسئلہ کے فیصلے میں لاشعاع سے مدد ملے گی۔ عصب زندی یا عصب وسطی کے التہاب (ulnar or median neuritis) کی لاغری اپنے مخصوص حسی فقدان کے ساتھ ہوگی۔ شظوی عضلی ذبول (peroneal muscular atrophy) میں ہاتھ ماؤف ہو سکتے ہیں، لیکن پاؤں کے بعد۔

بصلی آغاز والی اصابتوں (متر قی بصلی شلل progressive bulbar paralysis=) کو اس کاذب بصلی شلل pseudo-bulbar paralysis) (ملاحظہ ہو صفحہ 702) سے متفرق کرنا پڑتا ہے جو عروقی اضرار کے باعث ہو۔ آخر الذکر میں لاغری کی عدم موجودگی اور ناگہانی حملہ کی سرگذشت ممیز خصائص ہوتے ہیں۔

جوارح زیرین کی تشنجی کمزوری کے ساتھ شروع ہونے والی اصابتوں کو نخاع کے مختلف عرضی اضرار سے تشخیص کرنا پڑتا ہے، جو ایک مماثل تصویر پیدا کر سکتے ہیں، مثلاً منتشر صلابت (disseminated sclerosis)، نخاعی سلعہ، نخاعی آتشکی سحائی التہاب، اور تحت الحاد مخلوط انحطاط (subacute combined degeneration) ان اصابتوں میں ممکن ہے کہ صرف عرصہ دراز تک مشاہدہ کے بعد قطعی فیصلہ کیا جا سکے۔

علاج۔ بہ استثناء ان شاذ اصابتوں کے جن میں آتشکی مبد

ثابت کیا جا سکے، ایسا کوئی علاج نہیں ہے جو مرض کی ترقی کو روکنے کی کوئی طاقت رکھتا ہو۔ ہر ایک اصابت میں خون اور نخاعی سیال کا امتحان کرنا چاہئے اور اگر ان دونوں میں سے کسی کا امتحان مثبت تعامل واز رمن ظاہر کرے تو دافع آتشک علاج کا نصاب شروع کر دینا چاہئے۔ ورنہ علاج تخفیفی ہوتا ہے۔ عمدہ تغذیہ بخش غذا دینی چاہئے، ورزش ایسی کرانا چاہئے جس سے بار نہ پڑے، اور دماغی تکان سے احتراز لازم ہے۔ مقامی علاج، جو دلک کی صورت میں ہو سکتا ہے، دوران خون کو قائم رکھ کر عضلات کو محفوظ رکھنے میں ممد ہوتا ہے۔ گرمی پہنچانے سے ماؤف عضلات کے فعل میں اصلاح ہو سکتی ہے، چنانچہ کسی قسم کی مشع حرارت ممد ہو سکتی ہے۔

گو برقی تہییج کے فوائد کے متعلق عوام کی خوش عقیدگی طبیب کو اس قسم کا علاج اختیار کرنے پر مجبور کردے، مگر اس کا اثر غالباً مضر ہی ہوتا ہے۔

شلل لنڈری

(Landry's paralysis)

۱۸۵۹ء میں لنڈری نے ایسے شلل کی اصابتیں بیان کیں جو جوارح اسفل میں شروع ہو کر بسرعت اوپر صعود کرتا ہے اور جلد مہلک ہو جاتا ہے، اور امتحان کرنے پر اس کا کوئی امراضیاتی سبب نہیں معلوم ہوتا۔ اب بھی اس قسم کی اصابتیں ہوتی ہیں جن میں نخاعی التہاب اور لینت کے موٹے اضرار بالکل غیر موجود ہوتے ہیں۔

بحث اسباب۔ یہ مرض عورتوں کے نسبت مردوں کو زیادہ ماؤف کرتا ہے اور بیس اور چالیس کی عمروں کے درمیان نہایت کثیر الوقوع ہے۔ یہ سردی میں تکشف کے بعد، حاد امراض کی نقاہت میں،
680 اور شراب کے عادی مریضوں میں واقع ہو گیا ہے۔ چند اصابتیں التہاب مثانہ یا بولی عفونت کے دوسرے اقسام کے بعد ہونا مرقوم ہیں لیکن مثالوں کی اکثریت میں کوئی کافی اسباب متعدد نہیں پائے جاتے۔

امراضیات۔ بعض ایسی اصابتوں میں جو بہ سرعت مہلک ثابت ہوئیں، نخاع، اعصاب، اور عضلات مرض سے بالکل مبرا پائے گئے۔ دوسری اصابتوں میں نخاع کے خلیتوں میں، بالخصوص اگلے قرنوں کے، اور استوانہائے کلارک کے خلیتوں میں مختلف درجوں کا انحطاطی تغیر (لون پاشیدگی اور نواتہ کی غیر وضعیت) واقع ہوا ہے، اور ساتھ ہی کم و بیش عروقی امتلا ہوتا ہے، لیکن نزف یا سپید خلیتوں کی گرد عروقی دربزش نہیں ہوتی۔ ممکن ہے کہ اگلی جڑوں کی اور نخاع کے سپید استوانوں کی مائیلین میں تغیرات ہوں، لیکن محیطی اعصاب میں کوئی تغیر نہیں ہوتا۔ کبھی کبھی جب کہ مہلک خاتمہ میں تاخیر ہو گئی ہو، طریقہ مارچی سے محیطی اعصاب میں انحطاطی تغیرات کی موجودگی ظاہر ہوتی ہے، جو غالباً اگلے قرن کے انحطاطی تغیرات کا ثانوی نتیجہ ہوتے ہیں۔ مندرجۂ بالا بیان سے صاف ظاہر ہے کہ شلل لنڈری میں نسیجیاتی تصویر اس تصویر سے بالکل مختلف ہوتی ہے جو صعودی التہاب نخاع (ascending myelitis)، محیطی عصبی التہاب یا مقدم التہاب رماد النخاع (anterior poliomyelitis) میں پائی جاتی ہے۔ اعصاب، نخاع، سحایا، اور خون میں مختلف مشاہدین کو خرد عضویے ملے ہیں، مگر یہ ہمیشہ ایک جیسے نہیں تھے۔

علامات۔ بعض اصابتوں میں تنبیہی علامات ہوتے ہیں، جیسے کہ کسلمندی، دردِ سر، درد کمر، اور سُن پن اور جھنجھناہٹ، لیکن عموماً مرض کا آغاز ٹانگوں کی کمزوری سے ہوتا ہے، جو اکثر ایک ٹانگ میں دوسری ٹانگ سے پہلے محسوس ہوتی ہے۔ یہ جلد ہی بڑھ کر واضح شلل بن جاتی ہے، اور چند ہی دنوں میں (یا حاد اصابتوں میں چند ہی گھنٹوں) کے اندر یکے بعد دیگرے رانوں، دھڑ، شکم اور بازوؤں پر حملہ آور ہوتی ہے، اور ٹانگوں کی طرح یہ بھی ہمیشہ بیک وقت ماؤف نہیں ہوتے۔ اس کے بعد ڈایافرام اور گردن اور تالو کے عضلات، اور وہ عضلات جو نطق میں کام آتے ہیں، ماؤف ہو جاتے ہیں۔ نہایت شاذ اصابتوں میں دوسرے جمجمی اعصاب بھی ماؤف ہوتے ہیں۔ چنانچہ دو نظری، توفیق کا شلل، ایک پتلی کا اتساع، اور وجہی شلل

دیکھے گئے ہیں ۔ بالعموم جلدی حس پذیری طبعی رہتی ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ جوارح کے محیطی رقبوں میں ہلکے طور پر چھونے کی حس کا کسی قدر فقدان ہو۔ حرکات مجہول اور وضع کے احساسات غیر ماؤف رہتے ہیں ۔ بہ سرعت مہلک ہونے والی اصابتوں میں عضلات مذبول نہیں ہوتے، اور برقی تعاملات طبعی معلوم ہوئے ہیں۔ لیکن بعض نسبتہً زیادہ مدت والی اصابتوں میں عضلات کا ذبول اور برقی خواص میں ترمیمات، دونوں دیکھے گئے ہیں ۔ بولی اور مستقیمی عاصرات پر اقتدار کا فقدان نہیں ہوتا، اور قروح الفراش پیدا ہونیکا کوئی رجحان نہیں ہوتا ۔ دماغی افعال کامل طور پر صحیح ہوتے ہیں، اور بہ استثنا چند اصابتوں کی ابتدا کے، مریض کوئی خوف نہیں ظاہر کرتا۔ وتری جھٹکے اور جلدی معکوسات متناظر عضلات کا تشلل پیدا ہونے پر مفقود ہو جاتے ہیں ۔

تشخیص ۔ یہ حاد صاعد التہاب نخاع (acute ascending myelitis)، ساری التہاب رمادا لنخاع (infective poliomyelitis)، اور کثیر عصبی التہاب (multipleneuritis) سے کرنی پڑتی ہے۔ ان میں سے پہلا مرض نمایاں فقدانِ حس اور مثانہ کی عاجل ماؤفیت کی وجہ سے تمیز کر لیا جاتا ہے۔ التہاب رمادا لنخاع میں عام اختلال (تپ، دردسر، درد، شاید تشنجات) نسبتہً زیادہ ہوتا ہے، اور تشلل شاذ ہی بالکل یکساں یا متشاکل ہوتا ہے۔ کثیر عصبی التہاب میں علامات بتدریج پیدا ہوتے ہیں، تشلل بازوؤں اور ٹانگوں کے محیطی حصوں میں تقریباً ایک ہی وقت میں ظاہر ہوتا ہے، اور اعصاب وعضلات الیم ہوتے ہیں۔

شرح اموات بہت زیادہ ہوتی ہے، مثلاً راس (Ross) کی جمع کردہ واردات میں یہ ۸۰ فیصدی تھی۔ لیکن ان میں غالباً التہاب اعصاب محیطی (peripheral neuritis) کی بعض اصابتیں بھی شامل تھیں ۔ مہلک اصابتوں میں مرض کی مدت دو دن سے لے کر دو یا تین ہفتوں تک ہوتی ہے۔ اور موت بیشتر ڈایا فرام اور بین ضلعی عضلات کے تشلل سے واقع ہوتی ہے ۔ اس کے برعکس، ان اصابتوں میں جو شفایاب ہو جاتی ہیں علامات دو ماہ سے لے کر چھ یا سات مہینوں تک جاری رہتے ہیں، مگر شفا عموماً کامل ہوتی ہے ۔

علاج ۔ یہ وہی ہو سکتا ہے جو کثیر عصبی التہاب یا حاد التہاب نخاع میں ہوتا ہے ۔

پیرانہ پا فالج

عمر رسیدہ اشخاص میں، نخاع کے متذکرہ بالا امراض کے کسی مخصوص و میتز طبعی امارات کے بغیر ممکن ہے کہ جوارحِ زیریں کمزور ہو جائیں، اور مریض جم کر کھڑا نہ رہ سکے۔ پیرانہ پا فالج کی اصطلاح جو بعض اوقات ایسی اصابتوں کے لیے استعمال کی جاتی ہے، غالباً متعدد و مختلف حالتوں پر حاوی ہوتی ہے جن میں ایسے علامات 690
واقع ہوتے ہیں۔ ان کی اکثریت میں ضرر بجائے نخاعی ہونے کے زیادہ تر دماغی ہوتا ہے اور وہ شریانی دبازت اور اس کی وجہ سے پیدا ہو جانے والی دماغی جرم کی لینت کے باعث ہوتا ہے۔ امراضیاتی امتحان ظاہر کرتا ہے کہ دماغی لینت کے ایسے رقبے متشاکل ہونے کا رجحان رکھتے ہیں، اور قاعدی عقود اکثر ماؤف ہوتے ہیں، اگرچہ دوسرے حصوں کا ماؤف ہو جانا بھی ممکن ہے۔ احتیاط کے ساتھ عصبیاتی امتحان کیا جائے تو ایسی اصابتوں میں پارکنسنی ہرمی یا دمیغی قسم کا کوئی نقص وظیفہ ظاہر ہوگا، جو اگرچہ بالخصوص جوارحِ زیریں کو ماؤف کرتا ہے، تاہم بازوؤں اور دھڑ کو بھی ماؤف کر دیتا ہے۔ یہ حالت بتدریج ترقی پذیر ہوتی ہے۔ کافی آرام اور ساتھ ہی دلک، حرکاتِ مجہول اور تربیتی ورزشیں کسی حد تک مفید ہو سکتی ہیں۔

سحائی التہاب

(MENINGITIS)

نخاعی سحایا اور دماغی سحایا دونوں صورتوں میں ہمیں ام جافیہ کے التہاب یعنی التہاب سحایائے ثخینہ (pachymeningitis)، اور غشائے عنکبوتیہ و ام حنونہ کے التہاب یعنی التہاب سحایائے نحیف (leptomeningitis) کی تفریق کرنی پڑتی ہے۔

معلوم ہوتا ہے کہ خرد عضویوں کا اثر ام جافیہ کے نسبت ام حنونہ پر زیادہ ہوتا ہے، اور التہاب سحایائے نحیف کی تقریباً تمام قسمیں دراصل انھیں عضویوں

کی طرف منسوب کی جاسکتی ہیں۔

اکثر مندرجۂ ذیل عضویات یہ التہاب پیدا کرنے میں حصہ لیتے ہیں:۔

۱۔سمی مسا ذعضویے (نبقات سبحیہ اور نبقات عنبیہ) جن کا حملہ سحایا پرامراض ذیل میں ہو سکتا ہے:۔ تقیح الدم (pyæmia) اور عفونت الدم (septicæmia) میں بھجی ہڈیوں کے تفرّز اور اعمال جراحیہ کے بعد اور کان، ناک، اور جیبی اجواف کے امراض میں۔ یہ ایک تقیحی التہاب سحایا (suppurative meningitis) پیدا کردیتے ہیں۔

۲۔ درنی عُصیّے (tubercle bacilli)، ایک درنی ماسکہ کے بعد ثانوی طور پر، جو خود دماغ میں یا جسم کے کسی دوسرے حصے میں ہو۔

۳۔ نبقہ رئویہ (pneumococcus) اکثر ذات الریہ کے ہمراہ، خبیث التہاب دروں قلبیہ (malignant endocarditis) کے جزو کے طور پر، یا ایک اوّلی عارضہ کی حیثیت سے۔

۴۔ نبقہ سحائیہ (meningococcus)، یا وَیشل بام کا دروں خلوی دو نبقیہ (diplococcus intracellularis of Weichselbaum)، جو دماغی نخاعی تپ یا وبائی دماغی نخاعی التہاب سحایا کو بشمول اس کی مؤخر قاعدی قسم کے پیدا کر دیتا ہے۔

۵۔ آتشک بھی التہاب سحایا کا ایک کثیرالوقوع سبب ہے، مگر یہ عموماً اپنے ممر میں تحت الحاد یا مزمن ہوتا ہے۔

۶۔ بعض اصابتوں میں انفلوئنزا اور تپ محرقہ کے عصیّے، بنقاتِ سوزاکیہ (gonococcus)، عُصَیۂ قولونی عمومی (bacillus coli communis) اور دوسرے عضویے پائے گئے ہیں۔

جراثیمی حملے کے نتائج دماغ کی سطح پر لمف یا پیپ کے انصباب کی صورت میں نظر آتے ہیں، جس کے ساتھ ہی اکثر دماغی نخاعی سیال کی مقدار میں زیادتی ہو جاتی ہے۔

ایک عام مشابہت اس حالت سے پائی جاتی ہے جو کہ دماغی نخاعی تپ

اور درنی التہاب سحایا کے عنوان کے تحت پیشتر بیان کی جا چکی ہے۔

تقیحی التہاب سحایا

(suppurative meningitis)

اسباب۔ اگر ہم دماغی نخاعی تپ کی اصابتوں کو بحث سے خارج کر دیں تو ریمی التہاب سحایا اصابتوں کی اکثریت میں ریم ساز یا عفونتی عفنویوں کے حملہ کا نتیجہ ہوتا ہے، اور ویسے ہی حالات میں پیدا ہو جاتا ہے جیسے کہ دماغ کا پھوڑا پیدا کر دیتے ہیں، یعنی اس کا عام سبب عین قرب وجوار میں ماسکہ مرض کی موجودگی ہے۔ چنانچہ ضربہ سر کے تضررات کے بعد پیدا ہو جاتا ہے، یا متصلہ حصوں کے التہاب کی توسیع سے پیدا ہو سکتا ہے، مثلاً درمیانی گوش کے التہاب، تقیح خلیہ، اجواف انفی کے مرض، کھوپری کی آتشکی پوسیدگی یا تنخر، تقیحی وریدی التہاب، یا دماغ کے پھوڑے سے۔ لیکن وہ بعض حاد، حموی یا ساری نوعیت کے عمومی امراض (تقیح الدم، عفونت الدم، ذات الریہ، خبیث التہاب درون قلب) کی پیچیدگی کے طور پر بھی واقع ہو جاتا ہے۔

امراضیات۔ اس میں التہاب بالخصوص اُمّ حنونہ اور عنکبوتیہ کو ماؤف کرتا ہے (التہاب سحایائے نحیف : leptomeningitis)۔ جب وہ کھوپری کی کسی مرضی ہڈی سے پھیل آتا ہے، تو ممکن ہے کہ خود اُمّ جافیہ میں ایک محدود المقام التہاب نظر آئے، لیکن دماغ پر مرض کی توسیع دوسری جھلیوں کی وساطت سے واقع ہوتی ہے۔ عموماً دماغ کی محدب سطح تیز زرد یا سبز رنگ کی پیپ کی ایک کم وبیش وسیع تہہ پیش کرتی ہے، جو ممکن ہے کہ دونوں جانبوں پر ہو، یا ایک ہی جانب (ثانوی اصابتوں میں متضرر والی جانب) میں محدود ہو۔ پیپ اکثر بڑے عروق کا مرافقہ اختیار کرتی اور ام حنونہ کے ساتھ ساتھ تجاویف دماغ کے اندر غوطہ زن ہوتی ہے۔ اگرچہ التہاب سحایا بیشتر دماغی نیم کروں کی بالائی سطح کو ماؤف کرتا ہے (انحدابی سحائی التہاب)، تاہم اکثر وہ قاعدۂ دماغ میں اور نخاعی کنال کے اندر تک پھیل جاتا ہے۔ اس کے

نیچے کی دماغی بافت عموماً نرم ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ کدمات یا دقیق خراجات پیش کرے۔

علامات۔ اگرچہ درنی التہاب سحایا کے علامات سے ایک عام بہت مشابہت پائی جاتی ہے تاہم حاد التہاب سحایا کا ممر عموماً نسبتہً بہت زیادہ سریع ہوتا ہے، اور مخصوص علامات اپنے درجۂ امتیاز میں بہت اختلاف ظاہر کرتی ہیں۔ جب التہاب سحایا دوسرے حاد امراض پر مستزاد ہو جاتا ہے تو ممکن ہے کہ اس کے ممتاز خصائص کم و بیش چھپے ہوئے رہیں۔ ان اصابتوں میں جن میں کوئی ظاہر سبب نہ ہو، اور ان میں جو مزمن التہابی اضرار جیسے کہ التہاب الاذن سے پیدا ہو گئی ہوں، علامات اکثر جاڑے یا قشعریرۂ اور حاد درد سر کے ساتھ شروع ہوتے ہیں۔ یہ عموماً نہایت شدید اور مسلسل ہوتا ہے، اور وقتاً فوقتاً زیادہ ہو جاتا ہے۔ مریض کو تپ ہو جاتی ہے، وہ روشنی اور شور و غل سے گریز کرتا ہے، اور ممکن ہے بستر میں سکڑا ہوا پڑا رہے، اور مداخلت سے ناراض ہو، جس طرح کہ درنی اصابتوں میں دیکھا جاتا ہے۔ اکثر اوقات ابتدا میں قے ہوتی ہے۔ گردن کی گدی کے عضلات میں کرختگی ہو سکتی ہے، اور سر پیچھے کو کھنچا ہوا ہوتا ہے۔ پتلیاں اکثر سکڑی ہوئی ہوتی ہیں۔ امارت کرنگ عموماً موجود ہوتی ہے۔ تشنجات بھی بالکل ابتداءً واقع ہو سکتے ہیں، اور ممکن ہے کہ ازاں بعد فاعلی ہذیان، یا غنودگی ہذیان کے ساتھ واقع ہو جائے۔ اور بعد کے درجوں میں اکثر شلل ہوتا ہے جو عموماً دو جانبی ہوتا ہے، اور اس کے ساتھ تشنج کے متواتر حملے ہوتے ہیں۔ یہ شلل نہایت ہی تغیر پذیر ہوتا ہے، اور انصباب کے مقام سے تناظر ہوتا ہے چونکہ آخر الذکر اکثر اوقات قمتہ الراس پر واقع ہوتا ہے لہٰذا درنی سحائی التہاب کے نسبت یہ جمجمی اعصاب کو کمتر متاثر کرتا ہے، اگرچہ حول موجود ہو سکتا ہے۔ لیکن اکثر ایک بازو یا ٹانگ مشلول ہو سکتی ہے، یا کامل فالج نصفی ہو سکتا ہے۔ بعض اوقات مشلول جوارح کی یا ان کے رفیق جوارح کی کرختگی ہوتی ہے۔ پتلیاں متسع ہو جاتی ہیں اور چشم بین سے بعض اوقات التہاب قرص بصری ظاہر ہوتا ہے، جو ممکن ہے کہ جلد ہی دوران مشاہدہ میں نمویاب ہو جائے۔ تپش بلند ہوتی ہے، اور ۱۰۲ درجہ سے

لیکر ۴۰۱ درجہ تک مختلف ہوتی ہے، نبض بیشتر سریع ہوتی ہے، تنفس آہی غیر منظم یا چین اسٹوکس کی نوعیت کا ہوتا ہے، اور بعض اصابتوں میں شکم باز کشیدہ ہوتا ہے۔ غنودگی بڑھ کر گہرے کوما کی حد تک پہنچ جاتی ہے اور بالآخر افراغات غیر ارادی طور پر واقع ہوجاتے ہیں، تنفس اور دوران خون کا فشل ہوجاتا ہے، سینہ میں مخاط کا اجتماع ہوجاتا ہے، اور موت اس منظر کا خاتمہ کردیتی ہے۔ مرض اکثر پہلی علامت کے بعد دو یا تین دن کے اندر اور بعض اوقات اس سے بھی کم عرصے میں مہلک ہوجاتا ہے۔ اس وقت تک جب کہ سریری شبہات کے باعث قطنی کچو کا عمل میں لایا جائے دماغی نخاعی سیال گندلا ہوجاتا ہے، لیکن حاد التہاب سحایا کے ابتدائی درجوں میں یہ سیال خالی آنکھ کو صاف نظر آتا ہے۔ امتحان کرنے پر اس میں خلیوں کی زیادتی پائی جاتی ہے، جس کی اکثریت کثیر الاشکال خلیات کی ہوتی ہے۔ نیز پروٹین بھی زیادہ ہوجاتا ہے اور بالعموم شکر کی زیادتی کے لحاظ سے کلورائڈز کم ہوجاتے ہیں۔ خردبینی امتحان اور کاشت کرنے سے اکثر تسبیبی عضویہ معلوم ہوجائے گا۔

تشخیص۔ جب کوئی اولی سرچشمۂ مرض، مثلاً درمیانی کان کا التہاب موجود ہوتا ہے تو تشخیص عموماً آسان ہوتی ہے۔ دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ ابتدائی علامات کسی حاد سرایت کے علامات سے مشابہ ہوں۔ لیکن دردسر بالعموم ایک نمایاں علامت ہوتا ہے، یا جب نخاع پہلے ماؤف ہوجائے تو درد پشت نمایاں علامات ہوتا ہے۔ مبہم ارتفاع حرارت کی تمام اصابتوں میں گردن کی کرختگی اور علامت کرنگ کے لیے امتحانات کو ہمیشہ دستورالعمل کے طور پر کام میں لانے سے تشخیص عموماً ابتدا ہی میں یقینی ہوجائے گی۔ بایں ہمہ بعض اصابتوں میں، جن میں دماغی سحایا کے اگلے حصے بالخصوص ماؤف ہوتے ہیں [مثلاً اُس سحائی التہاب میں جو جبہی جوفی التہاب (frontal sinusitis) سے ثانوی طور پر پیدا ہوجاتا ہے]، ممکن ہے کہ گردن کی کرختگی تاخیر کے ساتھ پیدا ہو، لیکن شدید اور مسلسل دردسر ایک نمایاں علامت ہوتا ہے۔ قطنی کچو کا ایک آخری امتحان ہے اور اس کی وساطت سے التہاب سحایا کی تشخیص اکثر مریض کے بستر

کے پاس ہی کی جاسکتی ہے اور جب خالی آنکھ سے سیال کا معائنہ کیا جاتا ہے تو یہ دھندلایا گندلایا پایا جاتا ہے۔ التہاب سحایا کی نوعیت کی تعیین صرف جرثومیاتی امتحان سے ہوسکتی ہے۔

892 **انذار۔** نقیحی التہاب سحایا کی اصابتیں غالب تعداد میں مہلک ہی ہوتی ہیں، لیکن خفیف اصابتوں میں جیسی کہ درمیانی گوش کے التہاب میں بطور پیچیدگی کے دیکھی جاتی ہیں، ایک خاصے تناسب میں شفا ہو جاتی ہے۔ معلوم ہوتا ہے کہ ان اصابتوں میں اہم ترین معیار نخاعی سیال کے اندر جراثیم کی موجودگی یا غیر موجودگی ہے۔ اگر تسبیحی عضویہ راست آلودوں میں دیکھا جاسکے یا کاشت کرنے پر بآسانی اُگایا جاسکے تو انذار تقریباً ہمیشہ خراب ہوتا ہے۔

علاج۔ جہاں اولی ماسکہ، جیسے کہ التہاب حلمیہ یا جیبی جوفی التہاب، موجود ہو، اس کا تدارک حتی الامکان جلد از جلد جراحی طریقہ سے کرنا چاہئے۔ قطنی کچوکا روزانہ عمل میں لانا چاہئے، اور نخاعی سیال کو، جو اکثر بڑے دباؤ کے نیچے ہوتا ہے، بہنے دینا چاہئے یہاں تک کہ اس کے بہاؤ کی شرح طبعی نظر آنے لگے۔ اس طریقۂ عمل سے اکثر درد سر اور گردن کی کرختگی کی تخفیف میں کامیابی حاصل ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ ان خفیف اصابتوں میں جنکا پہلے تذکرہ کیا گیا ہے کامل شفا ہو جائے اور سیال بتدریج طبعی ہو جائے۔ تخفیف درد اور رفع خراش پذیری کے لئے اکثر مارفیا (morphia) کی ضرورت ہوتی ہے۔ آتشک زدہ اصابتوں میں علاج بذریعہ نیوسالورسان (neo-salvarsan) فوراً شروع کر دینا چاہئے۔ اگر نقیحۂ سبحیہ تسبیحی عضویہ کی حیثیت سے شناخت ہو جائے تو ضد نقی سبحی مصل (antistreptococcal serum) تحت الجلدی یا دروں وریدی استعمال کرنا چاہئے۔

آتشکی التہاب سحایا

(syphilitic meningitis)

شاذ مثالوں میں آتشکی قسم کا ایک حاد التہاب سحایا مع نحیف

(acute leptomeningitis) کے علامات پیدا کر سکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 690)
یہ اصابتیں اوّلی سرایت کے تھوڑے ہی عرصہ بعد پیچ ٹویوں کے عام انتشار کے درجوں کے دوران میں پیدا ہو جاتی ہیں۔ اس سے بہت زیادہ عام آتشکی مبداء کا ایک مزمن التہابی عمل ہے، جو ابتدائی سرایت کے بعد ایک تا پانچ سال بلکہ اور بھی بعد کے زمانے میں واقع ہو جاتا ہے، اور جو حنونی عنکبوتیہ اور جافی اغشیہ دونوں کو وسیع طور پر ماؤف کر کے جمجمی اعصاب کی جڑوں کی تخنیق اور دروں جمجمی دباؤ کی زیادتی پیدا کر کے ان دونوں طریقوں سے علامات پیدا کر دیتا ہے۔

مرضی تشریح - اس کے مناظر اُن مناظر سے بہت مشابہ ہوتے ہیں جو پہلے آتشکی سحائی نخاعی التہاب (syphilitic meningomyelitis) کے تعلق میں بیان کئے گئے ہیں (جو ملاحظہ ہو)۔ بالعموم حنونی عنکبوتیہ اور جافی اغشیہ ایک ساتھ ماؤف ہو کر ایک کثیف لیفی کوندے کی صورت میں باہم جڑ جاتی ہیں، جس کی دبازت ½ انچ تک ہو سکتی ہے، اور جو ایک یا دونوں دماغی نیم کروں کو پورا ملفوف کر سکتا ہے۔ قاعدۂ دماغ میں ممکن ہے کہ محض سحایائے نحیف ہی ماؤف ہوں، مگر یہ عموماً اُم جافیہ سے چپکے ہوئے ہوتے ہیں۔ بین ٹویقی فضا اس قسم کے التہاب سحایا کے لئے ایک عام محلِ وقوع ہے، جس سے بالائی جمجمی اعصاب (بالخصوص تیسرے یا چوتھے جوڑوں) کا انضغاط، نیز دائرۂ ویلس کی شریانی شاخوں میں مداخلت پیدا ہو جانا ممکن ہے۔ جیسا کہ نخاعی سحایا کی آتشکی ماؤفیت کی حالت میں ہوتا ہے، اس التہاب سحایا کے ساتھ بھی ہمیشہ کسی قدر عروقی مرض موجود ہوتا ہے، جو التہاب بطانۂ شریان کی اور لمف خلیوں کے ذریعہ گرد عروقی اعلاف کی شکل اختیار کرتا ہے۔ اس کے ساتھ ہی زیر افتادہ عصبی جسوم کا کچھ انحطاط بھی موجود ہوتا ہے۔ تنگ شدہ عروق کی علقیتی مسدودی ایک مزید خصوصیت یعنی دماغی لینت کی چکتیاں پیدا کر دیتی ہے۔

علامات - حاد آتشکی التہاب سحایا کی شاذ قسم کے علامات جو مرض کے ابتدائی درجوں میں پیدا ہو جاتے ہیں، اُن علامات سے مشابہ ہوتے ہیں جو سحایائے نحیف کے دوسرے حاد التہابی عوارض میں پائے

جاتے ہیں اور جن کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے۔

مزمن قسم کے خاص سریری خصائص شدید درد سر (جس کے ساتھ قے، اور بڑھے ہوئے دروں جمجمی دباؤ کے دوسرے امارات ہوتے ہیں)، اور جمجمی اعصاب کے متعدد شللات ہیں۔ ابتدائی درجوں میں علامات اکثر اوقات وقفہ دار ہوتے ہیں۔ چنانچہ جمجمی اعصاب کے شللات (اور اکثر اوقات عصب سویم اور عصب ششم ہی ماؤف ہوتے ہیں) عام طور پر سریع الزوال ہوتے ہیں۔ اور ممکن ہے کہ درد سر کے حملے دورہ کے ساتھ ہو کر چند گھنٹوں یا چند روز تک جاری رہیں، جس کے بعد سکون کے نسبتہً طویل وقفے ہوں۔ اذیمائے حلیمہ بصری موجود ہو سکتا ہے، یا ممکن ہے کہ ایک صمغیتی تودہ تقاطع بصری پر دباؤ ڈال کر ذبول عصب بصری اور ساتھ ہی استبصاری میدان میں ویسے ہی تغیرات پیدا کر دے جیسے کہ نخامی سلعہ (pituitary tumour) کی حالت میں پائے جاتے ہیں۔

جمجمی اعصاب اٹکل پچو طور پر منتخب کر لیے جاتے ہیں، جو
693 انتہائی عمل کی وسیع توزیع کی دلالت ہے۔ دماغی نیم کروں کی سطح پر دبازت کی محدود المقام چکتیاں جیکسنی صرع (Jacksonian epilepsy) (جو ملاحظہ ہو) کے حملے پیدا کر سکتی ہیں، اور پھر ان سے یک عضوی فالج یا فالج نصفی کی سی توزیع والے شللات پیدا ہو سکتے ہیں۔ جوں جوں مرض آگے بڑھتا ہے درد سر زیادہ مسلسل اور جمجمی اعصاب کے شللات زیادہ مستمر ہوتے جاتے ہیں۔

ذہنی خرابی ایک اکثر الوقوع علامت ہے، جو دروں جمجمی دباؤ کی زیادتی اور عروق دمویہ کے آتشکی مرض کے اجتماع سے پیدا ہو جاتی ہے۔ آتشکی التہاب بطانۂ شریان سے بھی دماغی علقیت (cerebral thrombosis) کے مزید علامات پیدا ہو کر ایک یا زائد جوارح

کانا گھانی شکل واقع ہو سکتا ہے۔

تشخیص۔ آتشکی التہاب سحایا کی مزمن قسم کو ان دوسری حالتوں سے تمیز کرنا پڑتا ہے جو دروں جمجمی دباؤ کی زیادتی کے امارات کے ساتھ جمجمی اعصاب کا فشل پیدا کر دیتی ہیں۔ ان میں سب سے زیادہ اہم دماغی سلعہ ہے۔ رجحانِ نکس اور جمجمی اعصاب کے منتشر شکل یہ امور آتشکی مبداء کی تائید میں ہیں۔ بالعموم دماغی آتشکی التہاب سحایا (cerebral syphilitic meningitis) میں خون اور دماغی نخاعی سیال کے اندر واٖزرمن کا تعامل قوی طور پر مثبت ہوتا ہے لیکن گاہے یہ ایک میں منفی اور دوسرے میں مثبت ہوتا ہے۔ اس سے یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ ایک مشتبہ اصابت میں آتشک کو خارج از بحث کرنے کے لئے ان دونوں کا امتحان کرنا ضروری ہے۔ دماغی نخاعی سیال میں اکثر اوقات خلیات اور پروٹین کی افراط ہوتی ہے۔ دماغی سلعہ کی حالت میں یہ تعامل خون اور دماغی نخاعی سیال دونوں کے اندر منفی ہوتا ہے۔

آتشکی التہاب سحایا کی بعض اصابتیں جن میں ذہنی خرابی اور دردِ سر کے ساتھ صرعی حملے بھی ہوں، عمومی شللِ مجانین (general paralysis of the insane) سے قریبی طور پر مشابہ ہو سکتی ہیں، بالخصوص اس وقت جب کہ تعاملِ واٖزرمن دماغی نخاعی سیال کے اندر مثبت ہو۔ ایسی حالت میں تشخیص کا فیصلہ عموماً دافع آتشک علاج کے نتائج کا مشاہدہ کرنے سے ہو سکتا ہے۔ جب مرض بالخصوص سحایا تک محدود ہوتا ہے تو بالعموم علاج کے اثر سے علامات غائب ہو جاتے ہیں، اور تعاملِ واٖزرمن اکثر منفی ہو جاتا ہے۔ مگر عمومی شلل کی حالت میں ان دونوں میں سے کوئی بھی نتیجہ حاصل نہیں ہوتا۔

انذار اُن اصابتوں میں اچھا ہوتا ہے جن کی تشخیص اور معقول علاج ابتدائی درجوں میں ہو جائے، لیکن (جیسا کہ جسم میں دوسرے مقامات پر آتشکی مرض کی حالت میں ہوتا ہے) نکس کا رجحان ہوتا ہے، لہٰذا مریض کے لیے بہتر ہے کہ وہ نکس کے حفظ ماتقدم کی غرض سے سالانہ علاج کا ایک مختصر نصاب استعمال کرے۔

علاج ۔ یہ وہی ہے جو دوسرے مقام کی آتشک کے لئے ہوتا ہے، اس شرط کے ساتھ کہ سنکھیا کے مرکبات کے دروں وریدی اشرابات کے ساتھ ابتدا نہ کرنا سب سے بہتر ہے کیونکہ ایسے علاج سے بعض اصابتوں میں التہابی بافت کے اندر ایک ابتدائی ردِ عمل کی تحریک ہو جانے کا امکان ہوتا ہے جس کے ساتھ دروں جمجمی تناؤ کے علامات میں زیادتی ہو جاتی ہے۔ لہٰذا مصلحت یہ ہے کہ پوٹاسیم آیوڈائیڈ سے علاج شروع کرکے پہلے دو ہفتوں تک اس کی بڑی مقداریں (روزانہ ۴۵ تا ۹۰ گرین) دی جائیں، اور اس کے بعد پہلے بیان کئے ہوئے اصول پر علاج جاری رکھنا چاہئیے (ملاحظہ ہو صفحہ 666)۔

اندرونی نزفی التہاب سحایائے ثخنیہ

(pachymeningitis interna hæmorrhagica)

یہ وہ حالت ہے جس میں سطح دماغ پر ام جافیہ اور غشائے عنکبوتی کے درمیان خون کا اور جزءً تعضیہ یافتہ دموی تھکے کا ایک تودہ پایا جاتا ہے۔ یہ عموماً انضمامات سے گھرا ہوا ہوتا ہے جو اسے کیسہ بند کر دیتے ہیں۔

بحث اسباب ۔ یہ حالت نہایت عام طور پر مزمن الکحلیت اور مزمن جنون کے ہمراہ اور بوڑھے اشخاص میں پائی جاتی ہے۔ اس کی تسبیب کے متعلق دو رائیں پیش کی گئی ہیں:۔ (۱) یہ کہ ابتدائی عمل التہابی (سمی مبداء کا) ہوتا ہے جس کے ساتھ بعد میں مختقن عروق شعریہ میں سے خون کی وعابدری واقع ہو جاتی ہے۔ (۲) یہ کہ انصباب خون ضربی مبداء کا ہوتا ہے، اور یہ کہ مابعد وُریرہ بندی سحایا کے اس ردِ عمل سے پیدا ہو جاتی ہے جو خون کے تھکے کے تودہ کے مقابلہ میں واقع ہوتا ہے۔ دوسری توجیہ کی تائید میں ٹراٹر (Trotter) نے یہ دلائل پیش کیے ہیں کہ یہ حالت اس حالت سے کسی طرح مختلف نہیں جس کا سر کے تضرر کے نتیجۂ آجل کے طور پر واقع ہونا معلوم ہے، اور یہ کہ مجنون یا شرابی شخص میں سر کو تضرر پہنچنے اور ازاں بعد اس کے وقوع کے فراموش کر دیئے جانے کا خاصہ امکان ہوتا ہے۔ چنانچہ ٹراٹر کی رائے ہے کہ یہ انصباب ان وریدوں سے رساؤ کی وجہ سے ہے

جو سطح دماغ سے جوفِ طولی کو جاتی ہیں، اور ان عروق کی دریدگی سر کے ایسے تفرز کی وجہ سے ہوتی ہے جس کو شناخت نہ کیا گیا ہو۔ یہ سمجھ لیا جا سکتا ہے کہ ایسی دریدگی دماغ کی ناگہانی غیر وضعیت (بالخصوص آگے یا پیچھے کے رُخ میں) سے واقع ہو سکتی ہے جو ممکن ہے کہ ایک خفیف چوٹ سے پیدا ہو جائے۔ اگر یہ رائے صحیح ہے تو یہ حالت وہی ہے جو جراحی درسی کتب میں مزمن تحت الجافی دموی سلعہ (chronic subdural hæmatoma) کے نام سے بیان کی گئی ہے۔

مرضی تشریح ۔ اُم جافیہ کی اندرونی سطح جھلی کی ایک یا زائد تہوں سے ڈھکی ہوئی ہوتی ہے، جو تازہ حالت میں نرم اور خستہ، اور پرانی حالت میں لچدار اور زیادہ لیفی، کسی قدر بھورے سرخ، بھورے، یا کسی قدر بھورے رمادی، زرد بلکہ سفید رنگ کی ہوتی ہے، اور اکثر نقطہ نما کدمات پیش کرتی ہے۔ اور ممکن ہے کہ تہوں کے درمیان خون کے تھکے کی بڑی مقداریں ہوں جو عمر کی وجہ سے کم و بیش تغیر شدہ ہوں، یا مصل کے اجتماعات ہوں جن میں کولیسٹرین (cholestrin) کی قلمیں موجود ہوں۔ یہ جماؤ عموماً خطِ جداری پر خطِ وسطی کے قریب واقع ہوتے ہیں۔ اور تقریباً نصف اصابتوں میں دو جانبی ہوتے ہیں۔ ممکن ہے یہ جماؤ محض جھلیاں ہوں یا اُن کی دبازت دو یا تین ملی میٹر ہو اور اگر زیادہ خون کی وعایدری ہو گئی ہے، تو دماغ کی سطح منخفض ہوتی ہے۔ خرد عضویوں کی تلاش کی گئی ہے، لیکن وہ نہیں پائے گئے ہیں۔

علامات نہایت مختلف ہوتے ہیں۔ اکثر اوقات یہ حالت بعد الممات پائی گئی ہے، حالانکہ کوئی ایسی علامت، جس کی یہ توجیہہ کر سکے موجود نہیں تھی۔ اس کے برعکس بعض اوقات غشائی تہوں کے درمیان بڑے نزف سے دماغ کا انضغاط پیدا ہو کر مہلک نتیجہ پیدا ہو سکتا ہے۔ علامات بڑھتے ہوئے درون جمجمی دباؤ کی ہوتی ہیں، یعنی دردِ سر، غنودگی، اذیمائے حلیمہ بصری اور ذہنی خرابی، نیز وہ دماغی نیم کرہ پر دباؤ کی ہوتی ہیں، یعنی یک جانبی کمزوری معہ تشنجیت کے، بڑھے ہوئے وتری جھٹکے اور باسط اخمصی مجیبیت۔ اگر انصباب بائیں جانب پر ہے، تو حبسہ ایک نمایاں علامت ہو سکتی ہے، اور دو جانبی اصابتوں میں ایک متر قی دوہرا اشکل نصفی موجود ہوتا ہے۔ اس حالت کا کسی قدر ممیز خاصہ

یہ ہے کہ دباؤ اور شکل دونوں کے علامات روز بروز متغیر ہوتے رہتے ہیں۔ مریض ایک یا دو روز تو اس میں مبتلا رہ کر پھر اچھا ہو جاتا ہے اور یہ عمل بار بار واقع ہوتا ہے اور اسی طرح استر خائی امارات بھی دن بدن گھٹتے بڑھتے رہتے ہیں۔ جوارح جھٹکے کھا سکتے ہیں لیکن صادق صرع نما تشنجات غیر عام ہیں۔ دماغی نخاعی سیال کا دباؤ بڑھ سکتا ہے اسی طرح جس طرح کہ دماغی سلعہ میں لیکن بعض اوقات طبعی ہوتا ہے۔ اس کے اجزائے ترکیبی کوئی غیر طبعی حالت نہیں ظاہر کرتے، لیکن ممکن ہے وہ تبدیل شدہ دموی لون پر مشتمل ہوں۔

تشخیص۔ یہ دماغی علقیت سے اور بڑھے ہوئے درون جمجمی دباؤ کے اسباب (مثلاً سلعہ اور آتشک) سے کرنی پڑتی ہے۔ سر کے تضرر کے بعد علامات کے بتدریج نمودار ہونے کی سرگذشت نہایت کارآمد ہے لیکن وقفہ انحطاط ہفتوں یا دو تین مہینوں کا ہو سکتا ہے، تضرر ممکن ہے خفیف ہوا ہو، اور ایک الکحلی یا شیخوخی مریض میں ممکن ہے یہ فراموش ہو گیا ہو۔ علامات کی رفتار دماغی علقیت کی بہ نسبت بالعموم بہت سست اور زیادہ ناہموار ہوتی ہے۔ خون اور دماغی نخاعی سیال کا امتحان کر کے آتشک کو خارج از بحث کرنے کی ضرورت ہوتی ہے۔ دماغی سلعہ سے امتیاز کرنا زیادہ مشکل ہے، اور اکثر ایک استقصائی جمجمہ شگافی کے ذریعہ ہی ایسا کرنا ممکن ہوتا ہے۔ دراصل بہت سی اصابتوں میں ایسے عملیہ سے کہ جس سے دماغی سلعہ دریافت کرنا مقصود تھا، ایک سلعہ دمویہ منکشف ہو گیا جس کا کوئی شبہ نہیں ہوا تھا۔

علاج۔ اگر تشخیص صحیح ہو سکے تو معقول علاج یہ ہے کہ جراحی ازالۂ ضغط عمل میں لا کر تودے کو خارج کر دیا جائے۔

نخاعی التہاب سحایا

(spinal meningitis)

کسی بھی سبب سے واقع ہونے والے حاد التہاب سحایا میں، دماغ کو ملفوف کرنے والی جھلیوں کے ساتھ نخاع کی جھلیاں بھی ماؤف ہو سکتی ہیں۔ اس حالت کے امراضیاتی مظاہر اور علامات اس کتاب میں دوسری جگہ بیان کئے گئے ہیں (ملاحظہ ہو التہاب سحایا meningitis:)— التہابی تغیرات جو آتشک (صفحہ 108) اور تدرن (صفحہ 88) کے باعث پیدا ہو جاتے ہیں ان کا تذکرہ بھی کیا جا چکا ہے۔

ایک حالت اور ہے جو جداگانہ تذکرہ کی مستحق ہے۔ رقبی مصلی التہاب سحایا (meningitis serosa circumscripta) کا نام اُس حالت کو دیا گیا ہے جس میں ایک محدود رقبہ پر نخاع، سحایائے نحیف، اور اُم جافیہ کے درمیان انضمامات پیدا ہو جاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ اس نوساختہ بافت کی جالیوں کے اندر دماغی نخاعی سیال محصور ہو کر ایک دویرہ نما منظر پیدا کر دے۔ اس کی تسبیب بعض اصابتوں میں غیر واضح ہوتی ہے لیکن کثیر التعداد اصابتوں میں آغاز مرض، جیسا کہ سرگذشت سے معلوم ہوتا ہے، ضربہ کی وجہ سے ہوتا ہے، اگرچہ اس حالت کی امراضیات کی توجیہ اب تک تشفی بخش طریقہ پر نہیں ہوئی ہے۔ اس کی علامات عصبی جڑوں اور نخاع کے انضغاط کے باعث ہوتی ہیں اور ممکن ہے یہ اُن علامات کے بعد واقع ہوں جو نخاع کے کسی متعین ضربی ضرر کا یا ہمزمان نخاعی علامات ہوئے بغیر پشت کے تضرر کا نتیجہ ہوتی ہیں، اور ایسی صورت میں یہ ہفتوں یا مہینوں کے وقفۂ اخفاء کے بعد نمویاب ہوتی ہیں۔ ان کی نوعیت کا انحصار ماؤف لیول پر اور جڑوں یا خود نخاع کے اضافی درجۂ ماؤفیت پر ہوتا ہے۔ چنانچہ ممکن ہے کہ ابتدائی علامات جڑوں کے دردوں اور عضلی جھٹکوں کی صورت میں ظاہر ہوں کہ جن کے بعد قلقی توزیع رکھنے والا حسّی فقدان اور لاغری واقع ہو، اور نخاعی انضغاط کے امارات صرف دیر سے نمودار ہوں، یا ممکن ہے کہ سریری تصویر ابتداءہی سے نخاع کے ایک تبدیج ترقی پذیر عرضی ضرر کی ہو جس میں جذری ماؤفیت نہ پائی جائے۔ تشخیص ایسے دوسرے عرضی اضرار سے بھی کرنی پڑتی ہے جیسے کہ سلعۂ آتشک یا منتشر صلابت سے واقع ہو سکتے ہیں۔ اس وقت جب کہ ضربہ کی سرگذشت مشکوک ہو عمود الفقرات کے ماسبق تضرر کی لاشعاعی شہادت ایک مفید نکتہ ہے۔ تشخیص کا فیصلہ کرنے کے لیے استقصائی ورقہ براری کی ضرورت لاحق ہو سکتی ہے۔ جھلیوں میں شگاف دے کر سیال کے محدود المقام اجتماع کو خارج کر دینے سے علامات کو تسکین دی جا سکتی ہے لیکن یہ حالت مکرر پیدا ہو جانے کا رجحان رکھتی ہے۔

امراض دماغ

دماغی نزف

(cerebral hæmorrhage)

امراض دماغ کی بحث میں عروقی اضرار کو نمایاں جگہ دینا چاہئے جو کہ دماغی شلل کی اکثر اصابتوں کا سبب ہوتے ہیں۔ حاد عروقی ضرر کی وہ شکلیں جن پر ہمیں غور کرنا ہے یہ ہیں ا۔ عروق کا انشقاق ہو کر دماغ کے اندر خون کا نکل آنا (نزف=hæmorrhage) اور مسل ادویت (embolism) سے یا علقیت (thrombosis) سے شرائین کا مسدود ہو جانا۔

اسباب ۔۔ دماغی نزف عورتوں کی نسبت مردوں میں اور نو عمری کی نسبت بڑھاپے میں زیادہ کثیر الوقوع ہے۔ بالعموم اس کا سبب شریانی مرض ہوتا ہے جس کے ساتھ تقریباً ہمیشہ خون کا دباؤ بلند ہوتا ہے۔ چنانچہ یہ منتشر بیش تکوینی صلابت (diffuse hyperplastic sclerosis) اور مزمن مرض برائٹ میں ایک عام حادثہ ہے، لیکن یہ شیخوخی شریانی انحطاط (senile arterial degeneration) کی اصابتوں میں بھی واقع ہو سکتا ہے جن میں خون کا دباؤ طبعی ہوتا ہے۔ آتشکی شریانی التہاب (syphilitic arteritis) اگرچہ عموماً علقیت پیدا کرتا ہے، تاہم وہ دماغی نزف کا بھی ایک شاذ سبب ہوتا ہے۔ ان امراض خون میں سے جن میں دمی کا رجحان ہوتا ہے کسی بھی مرض میں (مثلاً دا، الحمرۂ پرپیورا اور نزیفیت: hæmophilia میں) دماغ کے اندر نزف واقع ہو سکتا ہے۔ کبھی کبھی ایسا اتفاق بھی ہوتا ہے کہ دماغی شرائین میں سے کسی ایک شریان کا پیدائشی اَنورسما بجائے تحت العنکبوتیہ فضا (subarachnoid space) کے اندر پھٹنے کے (جو زیادہ عام صورت ہے)، جرم دماغ کے اندر پھٹتا ہے۔ یاد رکھنا چاہئے کہ نوعمر شخصوں میں جن کی شرائین اور خون کا دباؤ طبعی ہوتے ہیں، دماغی نزف کا یہ ایک ممکن سبب ہو سکتا ہے۔

دماغ کے ایک عروقی سلعہ مثلاً وعائی سلعہ میں بھی نزف واقع ہو سکتا ہے۔

نزف کے محلِ وقوع ۔ یوں تو دماغ کا کوئی حصہ شاذ ہی نزف کے خطرے سے مبرا ہے، لیکن نزف کا وقوع زیادہ تر قاعدۂ دماغ میں جسم مخطط اور عرشۂ بصری کے قرب جوار میں ہوا کرتا ہے جنکی رسد خاصکر وسطی دماغی شریان کی شاخوں سے حاصل ہوتی ہے، جس کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 605)۔ جانبی بطینوں میں بھی عروق پھٹ سکتی ہیں (بطینی نزف = ventricular hæmorrhage) یا دماغ کی سطح پر (سحائی نزف = meningeal hæmorrhage) بھی۔ لیکن اِن مقامات پر پایا جانے والا خون اکثر ایسے نزف سے آیا ہوتا ہے جو اولاً جرم دماغ میں واقع ہوا ہو۔

مرضی تشریح ۔ مختلف حالات میں ممکن ہے وہ خون جس کا انصباب ہوا ہے مقدار میں تھوڑا ہو یا کئی اونس تک پہنچے۔ آخر الذکر حالت میں وہ دماغی بافت کو پھاڑ دیتا ہے، مثلاً وہ بڑے عقود اور داخلی کیپسول کو تلف کر کے وہاں سے مرکز بیضہ بیضوی کے اندر پھیل جاتا ہے، یا ممکن ہے وہ عرشۂ بصری یا نواۃ ذنبی میں سے ہوتا ہوا جانبی بطین کے اندر جا پہنچے۔ یہاں سے یہ خون ضیقِ سلویئس کی راہ سے بطین چہارم کے اندر بہہ آتا ہے۔ ایسی اصابتیں بسرعت ہلاک ہوتی ہیں، اور ان کے امتحان بعد الممات میں ایک گہرے سرخ رنگ کے منجمد خون کا تھکا پایا جاتا ہے جو بطین اور نیم کرۂ دماغ کے بیشتر حصے کو پُر کرتا ہے، اور اسکے گرد دماغی جرم ہوتا ہے جو کھُردرا اور خون سے بدرنگ ہوتا ہے۔ اُن اصابتوں میں جو چند روز تک جاری رہی ہوں وہی سیاہ سرخ رنگ کا تھکا ہوتا ہے، اور اُسکے گرد کی بافت نرم ہوتی ہے جس کا رنگ ہیموگلوبین کے جذب ہو جانے کے باعث متغیر ہو کر زرد ہوتا ہے۔ دماغ کے اُن حصوں پر جو نزف سے فی الفور تلف نہیں ہو گئے ہیں، انصبابی خون کی مقدار کے لحاظ سے مختلف اثر ہوتا ہے، اور یہ اثر گرد و پیش کے حصوں پر دباؤ پڑنے کا اور اس سے پیدا شدہ عدم دمویت کا نتیجہ ہوتا ہے۔ ابتداءً یہ اثر مقامی ہوتا ہے لیکن ایک بڑے انصباب کی حالت میں بہ سرعت پھیل کر عمومی ہو جاتا ہے، اور اس سے تلافیف چپٹے اور تجاویف مطموس ہو جاتے ہیں۔ 696

جانبر ہونے والے مریضوں میں منجمد خون کا تھکا بتدریج ٹھُٹھر کر نرم اور زرد ہو جاتا ہے

(یہ تغیر محیط سے شروع ہوکر اندر کی طرف بڑھتا ہے) اور بالآخر جذب ہو جاتا ہے۔ ساتھ ہی ساتھ گرد و پیش کی دماغی بافت کے تلف شدہ عصبی عناصر کو جاروب خلیے توڑ پھوڑ کر تلف کردیتے ہیں، اور عصبی سریش کا تکاثر ہوکر ایک دیوار بنجاتی ہے جو اس کہفہ کو محصور کرلیتی ہے۔ یا ایسے ڈورے بنجاتے ہیں جو کہفہ کا تقاطع کرتے ہیں۔ اس طرح ممکن ہے کہ ایک شکن دار عصب سریشی ندبہ بنجانے سے کہفہ بالآخر مطموس ہوجائے، یا ممکن ہے کہ وہ ایک منفرد یا کثیرالبیوتات دویرہ کی صورت میں باقی رہے جس میں مصلی سیّال بھرا ہوا ہو۔ اکثر اوقات متغیر شدہ دموی لون کے باعث ندبی بافت کی زرد بدرنگی باقی رہتی ہے۔ نازل عصبی ریشوں یا اُن کے مبدائی خلیوں کے تلف ہو جانے سے ثانوی انحطاط واقع ہوجاتا ہے، جس کا تعاقب ہری خطوں کے مریں نہایت آسانی سے کیا جا سکتا ہے۔

علامات۔ ممکن ہے کہ دماغی نزف سے چند دنوں یا ہفتوں پہلے گاہ بگاہ دوران سر، انگلیوں میں سن پن یا جھٹکے، دردِ سر، بیخوابی، یا ذہنی قابلیت میں کچھ کمی محسوس ہونے لگے۔ لیکن یہ سب علامات آنیوالے شدید حملہ پر اس قدر دلالت نہیں کرتیں جسقدر کہ عروق کے اس مرض کو ظاہر کرتی ہیں جو کہ موجود ہو، اور شائد یہ خود خفیف نزفات کی وجہ سے ہوں۔ اِسکے برعکس یہ بھی ممکن ہے کہ دماغی نزف بلاکسی قسم کے انتباہ کے واقع ہوجائے۔ بعض اوقات بظاہر اُسے کسی مُعیّن سبب، مثلاً جذباتی جوشش و ہیجان، عضلی محنت، زور کی کھانسی، یا پاخانہ پھرتے وقت کانکھنے سے منسوب کیا جا سکتا ہے۔ لیکن دوسرے اوقات میں وہ اس وقت واقع ہوجاتا ہے جبکہ مریض کامل طور پر پُرسکون ہوتا ہے، یا اُسوقت جبکہ وہ سو رہا ہوتا ہے۔ بہت سی اصابتوں میں دماغی نزف سے علامات کا ایک گروہ پیدا ہوجاتا ہے، جسکو سکتہ (apoplexy) کہتے ہیں۔ اِس سے یہ مُراد ہے کہ مریض بے ہوش ہوکر ناگہانی طور پر گر پڑتا ہے، یا جلد بیہوش ہوجاتا ہے (آپاپلکسی = زمین پر گرا دینا)۔ ایسا بھی ہوا ہے کہ پہلی علامت کے بعد مریض پانچ یا دس منٹوں میں ہلاک ہو گئے۔ زیادہ اکثر یہ ہوتا ہے کہ علامات بتدریج نمودار ہوتے ہیں۔ مریض شدید دردِ سر میں مبتلا ہو جاتا ہے، اُسے غشی آجاتا ہے یا وہ قدرے مبہوط ہوجاتا ہے، ممکن ہے کہ اُسے قے ہوجائے، یا خفیف تشنج ہو، اور

پھر نصف گھنٹے یا زائد کے بعد اُس پر بتدریج قوما کی حالت طاری ہو جاتی ہے۔ یا ممکن ہے کہ پہلے علامات کا ظہور حرکی نظام میں ہو۔ مریض مُنہ میں بولتا ہے یا اُس کا ہاتھ بے طاقت ہو کر گر پڑتا ہے، اور وہ بتدریج ایک جانب کو جھک جاتا ہے، اور اگر اُسے نہ سنبھالا جائے تو گر جاتا ہے، اور پھر بتدریج اُس پر قوما طاری ہو جاتا ہے۔ یا ممکن ہے کہ بڑھتی ہوئی غنودگی کے مدارج طے ہو کر چند گھنٹوں میں قوما نمو یاب ہو جائے یا حملہ کا آغاز تشنج کے ساتھ ہو۔ بعض اصابتوں میں ہبوط انتہائی ہوتا ہے اور نبض بمشکل محسوس ہوتی ہے۔ لیکن ایک یا دو گھنٹوں کے بعد نبض کی حالت بہتر ہو کر وہ ممتلی اور مُشرف ہو جاتی ہے، اور ساتھ ہی مریض کی حالت وہ ہو جاتی ہے جو کہ نیچے بیان کی گئی ہے جس میں کامل قوما اور شلل ہوتا ہے۔ اُن اصابتوں کو جن میں کامل قوما طاری ہونے سے پہلے چند گھنٹے گذر جاتے ہیں، سکتۂ متزائدہ (ingravescent apoplexy) کہتے ہیں۔ اس میں شک نہیں کہ جب دوستوں نے مریض کو تنہا پایا ہو، یا جب وہ بے ہوش حالت میں راستہ سے اٹھا کر لایا گیا ہو، یا جب علی الصباح اُسے نیند سے جگایا نہ جا سکے تو یہ کہنا ناممکن ہے کہ آغازِ حملہ کس طرح ہوا تھا۔ لیکن اس میں شک نہیں کہ دماغی نزف بلا سکتہ کے بھی واقع ہونا ممکن ہے۔ صرف حرکی خطے میں نہایت خفیف سادمی ہو تو اس سے بدوں بے ہوشی شلل پیدا ہو سکتا ہے، لیکن یہ غیر عام ہے۔

نزفی قوما کا مریض بالکل بے ہوش پڑا رہتا ہے اور اُسے چلّانے یا جلد کی کسی قسم کی تہییج سے بیدار نہیں کیا جا سکتا۔ اُس کا چہرہ تمتمایا ہوا، نبض ممتلی اور تنیدہ، اور تنفس شخیری ہوتا ہے، تالو یا زبان پیچھے گر جانے کی وجہ سے اور اس سے سینہ کے اندر ہوا کے جانے میں رکاوٹ ہونے کی وجہ سے بلند خراٹے جیسی آواز پیدا ہو جاتی ہے۔ جوارح کی حالت مختلف ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ دونوں ٹانگیں اور بازو بالکل رِخو ہوں اور اٹھانے پر فوراً گر جائیں، یا یہ ظاہر ہو کہ ایک جانب کی ٹانگ اور بازو دوسری جانب کی ٹانگ اور بازو کے نسبت زیادہ رِخو ہیں۔ چہرے کے عضلات بھی شلل میں حصہ لیتے ہیں اور تنفسی اعمال کے ساتھ گال پھول کر ابھرتے اور اندر کو پچکتے ہیں۔ یہ بھی ایک ہی جانب پر ہو سکتا ہے۔ لیکن بعض اوقات ایک یا دونوں جانب کے جوارح کرختگی کی حالت (ابتدائی کرختگی) میں ہوتے ہیں،

عضلات منقبض شدہ ہوتے ہیں اور وہ بسط شدگی یا خم شدگی کی مدافعت کرتے ہیں۔ عمیق معکوسے عموماً زیادہ ہو جاتے ہیں، اور جلدی معکوسے غائب ہوتے ہیں۔ قحمی مجیبیت سب سے پہلے واپس ہوتی ہے، اور پھر عموماً باسط ہوتی ہے۔ پتلیاں مختلف ہوتی ہیں، یعنے بعض اوقات سکڑی ہوئی اور بعض اوقات پھیلی ہوئی یا غیر مساوی۔ انحرافِ مزدوج کا وقوع ممکن ہے۔ تپش میں قدرے کمی ظاہر ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ یہ کمی موت واقع ہونے تک جاری رہے، یا اگر زندگی کی مدت بڑھ جاتی ہے تو تپش معمول سے قدرے زائد ہو جاتی ہے۔ تپش کا زیادہ یا لگاتار گرتے رہنا یا تپش کا جلد یا بے انتہا بلند ہو جانا ایک خطرناک علامت ہے۔ آخر الذکر واقعہ اکثر جانبی بطینوں کے اندر انشقاق ہونے کی حالت میں ہوا کرتا ہے۔ کبھی کبھی، نخاعِ مستطیل پر دباؤ پڑنے کی وجہ سے، پیشاب میں شکر پائی جاتی ہے۔ اولی منقبض گردوں (primary contracted kidneys) کے ساتھ عموماً البیومین کی خفیف سی مقدار بھی موجود ہوتی ہے۔ نہایت شدید اصابتوں میں نبض اور تنفس سریع ہوتے ہیں، پسینہ بکثرت آتا ہے، اور چہرہ اور جلد عام طور پر نہایت تمتمائے ہوئے ہوتے ہیں۔ پھر کچھ عرصہ، دو یا تین یا زائد گھنٹوں کے بعد مریض نیلا پڑ جاتا ہے، نسبتہً بڑے شعبات اور قصبۃ الریہ میں لغطات پیدا ہو جاتے ہیں، نبض زیادہ کمزور پڑ جاتی ہے، تنفس سُست ہو جاتا ہے، اور بالآخر موت واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ یہ ہلاکت خیز اختتام کئی دن تک ملتوی رہے، اور ان ایام میں پھیپھڑوں میں اَذیما یا ذات الریہ سے ماؤف ہو جانے کا بہت رجحان ہوتا ہے۔ اور غالباً مزمار میں سے کبھی کبھی غذا کے ریزوں یا سیالات کا گذرنا ان اعضا کے التہاب میں ممد ہوتا ہے۔ زیادہ امید افزا اصابتوں میں مریض صرف قوماً زدہ پڑا رہتا ہے، اس کی نبض یا تنفس میں بمشکل خفیف سا اختلال ہوتا ہے، اور چند گھنٹوں یا دو تین دن کے اندر بتدریج اس کے حواس بجا ہو جاتے ہیں۔ پھر ان اصابتوں کی بڑی تعداد میں مریض فالج نصفی میں مبتلا پایا جاتا ہے، جو ممکن ہے کہ خود بتدریج درست ہو جائے یا مستقل طور پر قائم رہے۔

تشخیص ان دوسری حالتوں سے کرنی پڑتی ہے جن میں یا تو یکایک قوما طاری ہو جاتا ہے یا دماغی ضرر کے امارات پیدا ہو جاتے ہیں۔ چنانچہ بہتر یہ ہوگا کہ اسپرکٹ

دماغی علقیت (cerebral thrombosis) اور سدادیت (embolism) کے بیان کے بعد کی جائے۔

انذار۔ یہ عموماً جس حد تک ابتدائی علامات شدید ہوں اسی نسبت سے ناموافق ہوتا ہے۔ یہ تو عام طور پر معلوم ہے کہ سکتہ اکثر مہلک ہوتا ہے اور اُسکے حملہ کے بعد مختلف عرصوں میں ہلاکت کا واقع ہو جانا ممکن ہے۔ جن اصابتوں میں تو ماز زیادہ شدید، شخیر زیادہ زوردار، چہرہ تمتمایا ہوا یا ممتلی، نبض ممتلی اور مُشرف ہو اور ساتھ ہی تمام جوارح کا کامل ارتخا موجود ہو وہ اصابتیں خطرناک ہوتی ہیں۔ اگر تپش پہلے چھتیس گھنٹوں میں برابر بڑھتی رہے تو یہ عموماً اس کی آمارت ہے کہ نزف بطینوں کے اندر ہوا ہے اور نتیجہ مہلک ہوگا۔

اگر ابتدائی تو ماسے شفا ہونے کے بعد دردِ سر جاری رہے اور مریض پر دوبارہ غنودگی طاری ہو جائے تو نتیجہ خطرناک ہونے کا امکان ہے۔

علاج۔ اگر مریض کو ابتدا ہی میں دیکھا گیا ہے اور تشخیص یقینی ہے تو فصد نظری طور پر صحیح علاج ہے کیونکہ اس سے خون کے دباؤ میں کمی واقع ہوتی ہے جو مشقوق رگ سے خون کا بہنا روک دیتی ہے اور تردیب کا موقع دیتی ہے۔ لیکن عملی تجربہ سے ظاہر ہوا ہے کہ ایک ایسے شخص میں جس میں خون کا دباؤ زیادہ بلند اور قلب بیش پرورده ہو، دماغی علقیت کے وقوع کا اتنا ہی امکان ہے جتنا دماغی نزف کا، اور تفریقی تشخیص بڑی حد تک ایک قیاسی امر ہے۔ شاید علقیت میں فصد سے نقصان پہنچنے کا احتمال ہے اسی قدر جسقدر کہ اُس سے نزف میں مدد ملتی ہے۔ لہذا شائد یہی قاعدہ بہتر ہے کہ اُس سے احتراز کیا جائے۔ لیکن ایک ادھیڑ عمر والے شخص کی حالت میں، جبکہ انقباضی دباؤ پہلے سے ۲۰۰ ملی میٹر پارہ سے اوپر ہونا معلوم ہے، اور جس میں فشل قلب کے علامات موجود نہوں، علقیت کے مقابلے میں نزف کے وقوع کے زیادہ امکانات ہیں، اور ایک پائنٹ خون فوراً خارج کر دینا صحیح طریق عمل ہے۔

تمام اصابتوں میں علاج کا ضروری جزو کامل سکون و آرام ہے جو اتنے عرصہ تک جاری رکھا جائے کہ جس میں مشقوق رگ کے مندمل ہو جانے کا یقین ہو جائے۔ مریض کو حتی الامکان زیادہ ہل چل کے بغیر بستر میں لٹا دینا چاہئے۔ اگر وہ بے ہوش ہے تو اُسے کروٹ سے لٹانا چاہئے

اور اس امر کی احتیاط رکھنی چاہیئے کہ اُس کا سر آگے کو نہ گرے مبادا گردن کی بڑی وریدوں کے دوران خون میں رکاوٹ ہو جائے۔ جلد کی بہ احتیاط خبر گیری کرنی چاہیئے۔ مریض کو ایک ہی کروٹ پر زیادہ عرصہ تک نہیں رہنے دینا چاہیئے اور اگر وہ بھاری بدن کا ہے تو ایک آبی بستر کا استعمال مناسب ہے۔ ممکن ہے کہ مریض کو سلس البول ہو، مگر اگر اُسے احتباس بول ہو تو قثطرت کی ضرورت ہوتی ہے۔ ابتدائی چوبیس یا اڑتالیس گھنٹوں میں مسہلات سے احتراز کرنا ہی بہتر ہے۔ ایک بے ہوش مریض کو ان کا استعمال کرانا مشکل ہوتا ہے اور ان کا فعل بھی ہلچل پیدا کرتا ہے۔ اگر یہ معلوم ہو کہ مریض کو حال میں کوئی اجابت نہیں ہوئی تو چوبیس گھنٹے کے بعد حقنہ دیدیا جائے۔ اگر وہ بے چین اور نیم ہوشی کی حالت میں ہو تو مسکنات دینے چاہئیں۔ کلورل ہائڈریٹ ۵ اگرین اور اسکے ساتھ پوٹاسیم برومائڈ ۴۰ گرین ایک ہی خوراک میں براہ دہن دیدینا مناسب ہے اور اسے حسب ضرورت مکرر دیا جا سکتا ہے۔ اگر مریض یہ نہ لے سکے اور اُسے بےچینی ہو تو مارفیا دیدینا چاہیئے۔ گو کہ تنفسی مرکزوں پر اس کا مضعف اثر پڑتا ہے، تاہم آرام و سکون نہایت ضروری ہے، اور بےچینی بذاتہ اس امر کی دلالت ہے کہ حیوی مرکزوں پر دباؤ خطرناک درجہ کا نہیں ہے۔ اگر مریض کو ہوش ہے تو اُسے پیٹھ کے بل لٹا کر سر اور کندھوں کو تکیہ کے سہارے رکھ دینا چاہیئے۔ کمرہ میں اندھیرا کر دینا چاہیئے اور خاموشی رکھنا چاہیئے اور ملاقاتیوں کے آنے کی ممانعت کر دینی چاہیئے۔ غالباً ابتدائی چوبیس گھنٹوں میں مریض کو فاقہ سے رکھنا ہی مصلحت ہے، لیکن ایک غذائی پیالہ سے پانی جرعہ جرعہ دیتے رہنا چاہیئے۔ اسکے بعد اگر وہ ہوش میں ہے تو منہ کی راہ سے رقیق غذا دینا شروع کر سکتے ہیں، یا آنت کو صاف کرنے کے لئے پہلے ایک حقنہ دیکر پھر معاء مستقیم کی راہ سے رقیق غذا دے سکتے ہیں۔ چند دنوں یا ہفتوں تک ہلکی غذا ہی دینا ضروری ہے۔ ایک شدید اصابت میں لازم ہے کہ آغاز حملہ سے ایک ماہ تک مریض کو بستر میں رکھا جائے، اور ایک خفیف اصابت میں بھی پندرہ دن تک بستر میں آرام سے رکھنا قرین مصلحت ہے۔ مشلول جوارح کی حالت میں جب تک کہ تین ہفتے نہ گذر جائیں دلک اور حرکات شروع نہیں کرنی چاہئیں، البتہ صبح و شام جوڑوں کو نہایت آہستہ مجہول حرکت دے سکتے ہیں تاکہ انضمامات نہ بننے پائیں۔ اس مدت کے اختتام

پر ذلک، مجہول حرکات اور خاصکر فاعلی حرکت روزانہ عمل میں لانا چاہیئے۔ فالج نصفی کی حالت میں برقی علاج سے کوئی فائدہ نہیں ہوتا۔ دماغی نزف کے حملہ کے بعد مریض کی طرز زندگی کو بسبب مرض کے لیے لما سے منظم کر دینا چاہیئے (ملاحظہ ہو ارتفاع الضغط : **hyperpiesia**)۔

دماغی سدادیت و علقیت

(cerebral embolism and thrombosis)

سدادیت کا معمولی سبب' التہاب درون قلبہ ہے۔ تقرحی یا ساری التہاب درون قلبہ میں یہ سداد ایک ایسے ریزہ سے بنتا ہے جو مصراعات پر کی روئید گیوں کے ایک روئیدگی سے جدا ہو گیا ہو۔ مزمن مطراقی ضیق میں جسکے ساتھ ایک تسع بایاں اُذین ہو' اذینی زائدہ میں تھکا بن سکتا ہے' اور اس کا کوئی ٹکڑا الگ ہو جاتا ہے اور جوئے خون میں داخل ہو کر سداد بنا دیتا ہے۔ مطراقی ضیق سے واقع ہونے والی سدادیت' جس کثرت سے اذینی رعشکی انقباض کے ہمراہ واقع ہوتی ہے' اسی کثرت سے اسکے بغیر بھی واقع ہو سکتی ہے۔ مرکزی سدادیت کا ایک دوسرا اور نسبتہً بہت کم کثیرالوقوع سبب یہ ہے کہ نظامی وریدوں میں سے کسی ورید (مثلاً صافن' فخذی یا حوضی) سے تھکا نکلکر ایک مفتوح سوراخ بیضوی میں سے گذر جائے۔ گاہے اکلیلی علقیت کے بعد بائیں بطین میں تھکا بن جاتا ہے جس کا ایک جزو جدا ہو کر سدادیت کا باعث ہوتا ہے۔

درمیانی دماغی شریان دوسری شریانوں کی بہ نسبت سدادیت سے زیادہ کثرت کے ساتھ ماؤف ہوتی ہے' اور بائیں شریان دائیں شریان کی بہ نسبت زیادہ کثرت کے ساتھ۔

علقیت بیشتر اوقات عروقی دیوار کے مرض' مثلاً اتھیروما (**atheroma**) سے پیدا ہو جاتی ہے' جس سے سطح ناہموار یا کمزور ہو کر بالآخر اس پر فائبرن جم جاتی ہے۔ شرائین کا آتشکی مرض ان کے مجریات میں بڑی تنگی پیدا کر دیتا ہے' اور اس طرح علقیت پیدا کرنے میں ممد ہوتا ہے۔ اسکے علاوہ علقیت اُن متعدد حالتوں سے پیدا ہو سکتی ہے جو دوران خون کو کمزور کر دیتی ہیں' جیسے کہ وہ حالتیں جو تپ معویہ' ٹائفس' سرطان' سل ریوی' اور دوسری شدید بیماریوں سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ یہ احمرد مویت میں بھی واقع ہو سکتی ہے۔

سداديت اور علقيت دونوں دورانِ خون میں تسدد پیدا کر دیتی ہیں، اور سطح دماغ کے اُن خطوں میں جو ان عروق کے ساتھ متناظر ہیں لینت (softening) پیدا کر دیتی ہیں ۔ البتہ اگر تفمّمات کے ذریعہ سے عروقی رسد قائم رہے تو لینت نہیں پیدا ہوتی ۔ دماغی عروق کی حالت میں ایسے تفمّمات وافر نہیں ہوتے، اور فی الحقیقت مرکزی عقود کو جانے والے عروق 699
دراصل انتہائی عروق ہوتے ہیں، گو کہ قشرۂ دماغ کو جانے والے عروق میں کم وبیش تفمّم واقع ہوتا ہے ۔ کم ازکم وسطی دماغی شریان کی توزیع کا تو یہی حال ہے، اور یہی وہ رگ ہے جو بیشتر اوقات مسدود ہوتی ہے ۔ دماغ کا وہ حصہ جس میں لینت واقع ہو گئی ہو ویسی چکنی اور چمکدار سطح نہیں رکھتا جیسی کہ ایک طبعی دماغی تراش میں ہوتی ہے ۔ وہ زیادہ غیر شفاف، یا ریادی، یا چپتی دار ہوتا ہے ۔ وہ پانی کی دھار کے نیچے آسانی کے ساتھ ٹوٹ جاتا ہے ۔ یا وہ دُودھ جیسا یا متموّہ ہوتا ہے ۔ اُس میں خردبین کے نیچے مائیلین (myelin) کے قطرے، عصبی ریشوں کے حصے، بڑے یک نواتی اکّال خلیے (جن میں ذراتی ملبا موجود ہوتا ہے)، اور آزاد شحمی گلوبیچے نظر آتے ہیں ۔ بعض اوقات متغیّر دموی لون کی وجہ سے اس کا رنگ زردی مائل یا بھورا سا ہوتا ہے ۔ یا ممکن ہے کہ ناگہانی تسدد کی اصابتوں میں خون کی رقیق وعایدریاں موجود ہوں، جس سے ایک قسم کی سرخ لینت (red softening) پیدا ہو جاتی ہے ۔ سداديت کے بعد سریع موت کی اصابتوں میں ممکن ہے کہ دماغی جرم بالکل تندرست نظر آئے، کیونکہ اتنا کافی وقت نہیں گذرا ہے کہ جس میں خالی آنکھ سے نظر آسکنے والے تغیرات واقع ہو سکیں ۔ کبھی کبھی سداد اپنے قرب وجوار میں التہابی تغیرات پیدا کر دیتا ہے ۔ کبھی انورسما اور دماغی نزف پیدا کر دیتا ہے، جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے ۔ شاذ اصابتوں میں حقیقی مقعّمات بنجاتے ہیں ۔ لینت کے آخری درجے ٹوٹی ہوئی بافت کا انجذاب اور دَویرہ کا بننا ہیں ۔ یا اگر لینت چھوٹی سی ہے تو ممکن ہے کہ ایک ندبہ پیدا ہو جائے ۔

یہ علقیت یا سداديت، جب حرکی خطّے کو ماؤف کرتی ہے تو اس کے بعد وہی ثانوی تغیرات واقع ہوتے ہیں جو نزفی اضرار سے پیدا ہو جاتے ہیں ۔

علامات سداديت کے نتائج نزف کے نتائج سے زیادہ مختلف نہیں ہوتے ۔ لیکن وہ نزف کی نسبت زیادہ اکثر بلا بے ہوشی کے ناگہانی فالج نصفی پیدا کر دیتی ہے ۔

کسی بڑی رگ کے تسدد سے ناگہانی بے ہوشی طاری ہو جائے گی، اور اسکے بعد ممکن ہے کہ جلد ہی موت واقع ہو جائے۔ چونکہ لینت صرف انھیں رقبوں میں واقع ہوتی ہے جو محل تسدد سے آگے اس رگ سے رسد پانے والے ہوتے ہیں، لہٰذا علامات اس شریان کی توزیع کے ساتھ تناظر ہونے کا اس سے زیادہ امکان رکھتی ہیں کہ جتنا نزف کی حالت میں جس میں دعا بدخون دماغ کو بلا امتیاز کھود کر تلف و برباد کر دیتا ہے۔ اگر وسطی دماغی شریان اپنے مبدا کے قریب مسدود ہو جائے تو متقابل جانب کا فالج نصفی پیدا ہو جائے گا، اور اگر یہ ضرر بائیں جانب پر ہے تو حبسہ (aphasia) بھی ہوگا، کیونکہ یہ شریان داخلی کیسہ، تلفیف بروکا، قشرے کے حرکی رقبہ کے بیشتر حصے، پہلی اور دوسری صدغی تلفیفات اور زاویئی تلفیف کو رسد پہنچاتی ہے۔ دائمی فالج نصفی کے ساتھ وہ حالتیں پائی جاتی ہیں جنکا پہلے تذکرہ کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 607)۔

علقیت اپنے اثرات میں عموماً کم سریع ہوتی ہے، گو اسکے نتائج بھی وہی ہوتے ہیں یعنے سکتہ اور فالج نصفی۔ لیکن بعض اوقات سریع توما پیدا ہو جاتا ہے، جو نزف کے توما سے ناقابل تمیز ہوتا ہے۔ اکثر تنبیہی علامات موجود ہوتے ہیں، یعنے درد سر، دوران سر، نسیان، غنودگی، سن پن، یا ایک بازو یا ٹانگ کا، یا جسم کی ایک جانب کا تشنج۔

دماغی عروقی اضرار کی تشخیص ۔ اس کو دو عنوانوں میں تقسیم کیا جا سکتا ہے۔ (۱) سکتہ (apoplexy) کی تشخیص دوسری مشابہ حالتوں سے، اور (۲) سکتہ یا فالج نصفی کے مختلف اسباب کی تشخیص ایک دوسرے سے۔

۱ ۔ اول الذکر میں سرگذشت مرض نہایت اہم ہوتی ہے۔ شدید علالتوں مثلاً التہاب سحایا، دماغی خراج، دماغی سلعہ، تپ محرقہ وغیرہ کے دوران میں واقع ہونے والے توما کے اسباب کو سرگذشت مرض پر سے بہ آسانی خارج از بحث کیا جا سکتا ہے۔ سکتہ کے ساتھ وہی توما غلط ملط کیا جا سکتا ہے جو ناگہانی طور پر یا بہ سرعت طاری ہو جائے۔ بعض اوقات تقیح الدم (pyaemia) میں ناگہانی توما واقع ہو گیا ہے جو سکتہ کے توما سے مشابہ تھا۔ زیادہ عام طور پر جن حالتوں کو اس سے تمیز کرنا پڑتا ہے وہ یہ ہیں:۔ وہ توما جو کحول، افیون کا تسمم، الکحلی تسمم، یوریا دمویت، ذیابیطس، صرع، اور قلبی سدود (heart-block) کے باعث ہو۔ گرم ملکوں میں یہ یاد رکھنا ضروری ہوگا کہ ضربۃ الحرارت (heat-stroke)

اور مُتلف ملیریا (pernicious malaria) سے بھی قوما پیدا ہو جاتا ہے۔

تضرر کی اصابتیں ممکن ہے کہ سرگذشت کی عدم موجودگی میں نہایت سخت مشکلات پیش کریں، کیونکہ تضرر کی بیرونی شہادت کے باوجود یہ امر غیر یقینی رہ سکتا ہے کہ آیا مریض سکتہ کی وجہ سے گر پڑا ہے یا گرنے کی وجہ سے اُس کا دماغ متضرر ہو گیا ہے۔ ممکن ہے کہ موت کے بعد بھی یہ مسئلہ لاینحل رہے۔ بعض اوقات جبکہ شِق کی شناخت کیا جا سکے، اس امر سے کہ کمزور جانب کے لحاظ سے جلد الراس کے زخم کا محلِ وقوع کیا ہے، تشخیص میں مدد مل سکتی ہے۔
اور مریض کی عمر، یا اُس کی جسمانی صحت کے دیگر حالات سے دماغ کے خون خیز ضرر کا کم و 700
بیش امکان ہو سکتا ہے۔ ارتجاجِ دماغ (cerebral concussion) کی حالت میں مریض کا رنگ شاحب، پتلیاں پھیلی ہوئی اور خون کا دباؤ پست ہوتا ہے۔ اُس کے جوارح ڈھیلے ہوتے ہیں۔ قے عموماً شفایابی کا پیش خیمہ ہوتی ہے۔ تحت الجافیہ نزف (sub-dural hæmorrhage) میں انضغاط کے علامات ہوتے ہیں جس کے ساتھ نبض سست ہوتی ہے۔ قوما بتدریج زیادہ گہرا ہوتا جاتا ہے، ایسے فترات کے ساتھ جن کے دوران میں مریض کو پورا ہوش ہوتا ہے۔

تسمم افیون کی شناخت عموماً خوب سکڑی ہوئی پتلیوں، آہستہ نبض، اور آہستہ تنفس سے کی جاتی ہے۔ لیکن جسرِ فاردلی (pons Varolii) کے اندر وقوعِ نزف سے بھی اِس کی قریبی مشابہت پیدا ہو سکتی ہے۔ یک جانبی ضرر کی ایسی شہادت، جیسے کہ ایک جانب پر جوارح کی نسبتہً زیادہ رخوت یا کرختگی، یا پتلیوں کا غیر مساوی ہونا نزف کی تائید میں ہے۔ دوسری منوّم ادویہ مثلاً کلورل (chloral) یا باربیٹیوریٹس (barbiturates) کے تسمم میں تنفس کی شرح اور عمق بسا اوقات بڑھے ہوئے ہوتے ہیں، پتلیاں پھیلی ہوئی ہوتی ہیں اور روشنی سے سست تعامل کرتی ہیں۔ الکحلی تسمم کے متعلق بھی یہی بیان صادق آتا ہے۔ یہ حالت گہرے قوما کی ہوتی ہے، جس میں کوئی یک جانبی علامات نہیں ہوتے۔ اس میں شک نہیں کہ الکحل کا ثبوت سانس سے، یا قے آور ادویہ یا معدی انبوبہ کے ذریعہ معدے سے حاصل ہو سکتا ہے۔ لیکن یہ بھی ممکن ہے کہ مریض نے سکتہ کے حملہ سے ذرا ہی پہلے بافراط یا کافی مقدار میں شراب پی ہو، یا اگر حملہ بتدریج ہوا ہے تو اس نے روغن شراب

کا ایک جام علاج کے طور پہ پے لیا ہو ۔

نہاکتی یوریا دمویت (asthenic uræmia) کے ساتھ البیومین بولیت موجود ہوتی ہے، لیکن پیشاب کے اندر البیومین کا ملنا دماغی نزف کے امکان کو خارج از بحث نہیں کرتا، کیونکہ اول تو نزف اکثر ایسے لوگوں میں ہوتا ہے جنکے گردے ذراتی ہوتے ہیں۔ دوئم ان لوگوں میں جنکے گردے تندرست ہوں خود نزف ہی البیومین بولیت پیدا کر سکتا ہے۔ یوریا دمویت میں بعض اوقات قوما کم گہرا ہوتا ہے۔ چلانے سے مریض کچھ وقت کے لئے نسبتہً زیادہ آسانی کے ساتھ ہوشیار کئے جا سکتے ہیں اور ان پر پھر قوما طاری ہو جاتا ہے۔ کوئی شقی کمزوری، یا واحرکی اختلال، یا امتلائی تمتماہٹ نہیں پائی جاتی جیسی کہ سکتہ کی بعض اصابتوں میں ہوتی ہے۔ آیڈیسن سانس کی سسکاری جیسی نوعیت کی طرف متوجہ کیا کرتا تھا۔ خون کے اندر یوریا کی بڑی زیادتی بھی یوریا دمویت پر دلالت کرتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 603)۔

ذیابیطسی قوما (diabetic coma)- ذیابیطس کا قوما نہایت آہستہ آہستہ نمویاب ہوتا ہے اور خاتمہ کے قریب تک گہرا نہیں ہوتا۔ اس سے پہلے اکثر دردِ شکم ہوا کرتا ہے، جو بعض اوقات اسقدر شدید ہوتا ہے کہ انثقاب معائی تشخیص کر لی جاتی ہے۔ نبض سریع اور ضعیف، تنفس اکثر آہستہ، گہرا اور آہی ہوتا ہے، اور سانس میں ایک میٹھی بو محسوس ہوتی ہے۔ پیشاب میں شکر اور ایسیٹو ایسیٹک ایسڈ (aceto-acetic acid) موجود ہوتے ہیں۔ لیکن یہاں بھی غلطی کا امکان ہو سکتا ہے، کیونکہ بطینِ چہارم کو ماؤف کرنے والا نزف بھی شکر بولیت پیدا کر سکتا ہے۔

ایک مکبیر صرعی حملہ کے بعد اکثر اوقات قوما طاری ہو جاتا ہے جو قدرتی نیند سے اس سے زیادہ مشابہ ہوتا ہے کہ جتنا سکتہ کا قوما۔ یک جانبی علامات بالکل نہیں ہوتے لیکن دونوں آنکھی حیثیتیں باسط ہوتی ہیں۔ صرع کی سابقہ سرگذشت سے قطع نظر، حال میں کٹی ہوئی زبان، جلدٗ ملتحمہ یا غشاء مخاطی کے نیچے دقیق نزفات تشخیصی اہمیت رکھتے ہیں۔ اگر آغاز حملہ کو مریض کے دوستوں نے مشاہدہ کیا ہے، تو آغاز حملہ پر تشنجی یا رجفی تشنجات کی سرگذشت ملتی ہے جو کہ فیصلہ کن ہوتی ہے۔

قلیل شکر دمویتی قوما، جسکے ہمراہ صرعی حملے واقع ہو سکتے ہیں، بالعموم انسولین

کی بیشتر معتاد سما نتیجہ ہوتا ہے، لیکن دوسرے مرض کے نتیجہ کے طور پر بھی واقع ہوسکتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 479)۔ کبھی کبھی ہسٹریائی مریض طویل عرصوں تک بے ہوش پڑے رہتے ہیں، لیکن یہ اصابتیں عموماً دوسری ممیز علامات سے شناخت کرلی جاتی ہیں۔

قلبی مسدودی (heart-block) کا خاص خاصہ سست نبض ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 232)۔ ممکن ہے کہ تشنج بھی ہو، اور سانس گہری اور تیز ہوتی ہے۔

زیر عنکبوتی نزف کو بعض اوقات ایک درون دماغی عروقی نزف سے بمشکل تمیز کیا جاسکتا ہے۔ دونوں صورتوں میں حملہ کا آغاز سکتہ کے ساتھ ہوتا ہے، لیکن زیر عنکبوتی نزف میں تاوقتیکہ انصباب دماغ کو پھاڑ کر اندر نہ گھس گیا ہو، کوئی یک جانبی امارت نہیں پائی جاتی، اور جیسے جیسے مریض قوما سے بحال ہوتا ہے، گردن کی کرختگی اور کرنگ کی علامت (Kernig's sign) دریافت کی جاسکتی ہے، اور قطنی کچوکے کے ذریعہ حاصل کردہ دماغی نخاعی سیال میں وافر خون پایا جاتا ہے۔

۲۔ سکتہ کے اسباب کی تشخیص میں ہمیں حملہ کی نوعیت اور مریض کی موتلفہ حالت پر غور کرنا پڑتا ہے۔ معلوم ہوگا کہ حملہ کی نوعیت سے اکثر بہت کم مدد ملتی ہے۔
701 نزف، سدادیت، اور علقیت یہ سب ناگہانی یا سریع قوما پیدا کرسکتے ہیں۔ قوما جسقدر زیادہ شدید اور طویل ہو اسی قدر نزف کا احتمال زیادہ ہوتا ہے، لیکن نمایاں فالج نصفی کے متعلق جو قوما کے بغیر یا نہایت سریع الزوال بے ہوشی کے ساتھ واقع ہو، زیادہ اغلب امکان یہ ہے کہ وہ سدادیت یا علقیت کے باعث واقع ہوتا ہے۔ عمر کی زیادتی نزف کی موئید ہوتی ہے، اور نوعمری اسکے امکان کو تقریباً خارج از بحث کردیتی ہے، باستثناء اس صورت کے کہ یہ ایک پیدائشی اینورسما سے واقع ہو۔ لیکن پینتالیس سال اور ساٹھ سال کے درمیان والے اشخاص میں ایک یا دوسری حالت کی قطعی دلالتیں اکثر غیر موجود ہوتی ہیں۔ یقینی نزف کی حالت میں قطنی کچوکے سے نکالے ہوئے مائع کے اندر خون کی موجودگی ثابت ہوگی۔

نزف کے ساتھ جو حالتیں موجود ہوتی ہیں وہ یہ ہیں: البیومین بولیت اور مرض گردہ کی دوسری شہادتیں، یا شریانی انحطاط جس میں شریانیں تنیدہ اور کرخت یا دبیز ہوجاتی ہیں اور خون کے دباؤ کی زیادتی، اور بیش پرورده قلب پایا جاتا ہے۔ علقیت کی بہت سی

اعصابوں میں شرائین میں شیوخی تغیرات بھی پائے جاتے ہیں۔ نو عمر مریضوں میں جنکو مرض قلب ہو فالج نصفی کی موجودگی اکثر آتشکی التہاب شریان کے باعث ہوتی ہے، جس کا مزید ثبوت سرگذشت مرض سے یا امتحانِ واز رمن سے مل سکتا ہے۔ سدادیت میں عموماً ایک مطرانی یا اُورطی خرخرہ، یا قلب کے بائیں کہفوں کے اتساع کا کوئی ثبوت موجود ہوتا ہے، جو سداد کے منبع کا کام دیتا ہے یا ممکن ہے کہ جسم کے دوسرے حصوں میں سدادیت کے امارات موجود ہوں، جیسے کہ طحال کی کلانی یا البیت، پیشاب میں خون شبکیہ کے اندر مخصوص و ممیز مظاہر، یا جوارح میں سے کسی ایک جارحہ میں شریان کا تسدد۔ فالج نصفی کے ساتھ واقع ہونے والے سکتہ کے دوسرے نسبتہً کم عام اسباب یہ ہیں: عمومی شلل مجانین، کسی دماغی سلعہ کے اندر نزف، ساری التہاب دماغ اور جرم دماغ کے اندر کسی دروں جمجمی اُنیوریسما کا انشقاق۔

علاج۔ اگر دماغی سدادیت یا علقیت یقینی طور پر شناخت کی جاسکے تو علاج دماغی نزف کے علاج سے مماثل ہے۔ لیکن فصد کا خیال بھی دل میں نہیں لانا چاہیئے۔ کامل سکون و آرام، دودھ کی غذا، اگر درد ہو تو سر پر برف، اور اگر قبض ہو تو ہلکے تلیینات یا حقنوں کا استعمال ہی خاص متقاضیات علاج ہیں۔

ان سے پیدا ہو جانے والے فالج نصفی کا علاج بھی یہی ہے۔

مزمن دماغی لینت

(chronic cerebral softening)

دماغی شرائین کا مرض، ایسے نسبتہً شدید اور ناگہانی علامات پیدا کرنے کے علاوہ جو پہلے بیان کیے جا چکے ہیں، بلا کسی ظاہری حملہ کے دماغی وظیفہ میں تدریجی ابتری پیدا کر سکتا ہے۔ یہ متواتر چھوٹے عروقی اعتراء کے جمع ہونے سے یا بوسیدگی کے تدریجی اور منتشر عمل سے پیدا ہو سکتی ہے۔

امراضیات۔ پہلے بیان کی ہوئی اقسام کی شریانی دبانت اور بوسیدگی اس مرضی حالت کی بنیاد ہے۔ خالی آنکھ سے دماغ میں لینت کے متعدد رقبے نظر آسکتے ہیں، یا ممکن ہے کہ دماغ محض سکڑا ہوا دکھلائی دے۔ خردبین کے نیچے لینت

کے نسبتہ چھوٹے رقبے نظر آتے ہیں۔ ماؤف رقبوں میں عصبی خلیے اور ریشے انحطاط یافتہ ہوتے ہیں۔ مائلین کی شکست وریخت سے شحمی قطیرے پیدا ہو جاتے ہیں، جنکو جاروب خلیے دور کر دیتے ہیں، اور عصب سریشی تعامل مختلف مقدار میں موجود ہوتا ہے۔

علامات۔ دماغ کے ان رقبوں کے لحاظ سے جو کہ خاص طور پر متاثر ہوتے ہیں علامات مختلف ہوتے ہیں، لیکن چونکہ بوسیدگی کا عمل عموماً وسیع طور پر پھیلا ہوا ہوتا ہے لہذا ذہنی ابتری اکثر نمایاں ہوتی ہے۔ یہ نقص حافظہ کی شکل میں ظاہر ہوتی ہے، جو بالخصوص تازہ واقعات کے متعلق ہوتا ہے، اور خیالات کو یکسو کرنے میں دقت ہوتی ہے۔ یہ علامات عموماً مریض کو معلوم ہوتی ہیں اور وہ اکثر ان کے متعلق شکایت کرتا ہے۔ دوسرے علامات یہ ہیں:۔ جذبات پر قابو نہ ہونا، اور پستی، تندمزاجی، اور زیادہ شاذ اصابتوں میں فرحانیت کی قلیل المدت مزاجی کیفیات، اور پراگندہ خوابی۔ صرعی حملے واقع ہو سکتے ہیں اور وہ عمومی یا مقامی قسم کے ہو سکتے ہیں۔ عصب بصری کا ذبول واقع ہو سکتا ہے، جسمیں خاص شکایت فشل بصارت ہوتی ہے۔ دماغ کے دونوں جانبوں پر ہرمی ریشوں کی ماؤفیت کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اکثر ان عضلات پر ارادی اقتدار قائم نہیں رہتا جنکو بھی اعصاب سے رسد پہنچتی ہے، اور ان میں سے تالو، زبان اور بلعوم زیادہ اکثر ماؤف ہوتے ہیں، جس سے عسر الکلام اور عسر البلع ہوتا ہے۔ اس حالت کو بصلی شلل کی اس قسم سے متفرق کرنے کے لئے جو زیریں حرکی عصبیوں کے مرض کے باعث ہوتی ہے اور پہلے بیان کی جا چکی ہے، کاذب بصلی شلل (pseudo-bulbar paralysis) کے نام سے موسوم کیا گیا ہے

(نیز ملاحظہ ہو کاذب یوریادمویت : pseudo-uræmia)-

702 حسی علامات غیر عام ہوتے ہیں، لیکن حرکی وظائف میں مختلف طریقوں سے مداخلت ہو سکتی ہے۔ اگر، جیسا کہ عام طور پر ہوتا ہے، ہرمی ریشے خاص طور پر ماؤف ہیں تو وہ تصویر پیدا ہو جاتی ہے جو ہترقی دوہرے فالج نصفی کی ہوتی ہے، جس میں تشنجیت اور کمزوری بالائی جوارح کے نسبت زیریں جوارح میں عموماً زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔ یا ممکن ہے کہ قاعدی عقود ماؤف ہوں، جس کا نتیجہ اس قسم کا حرکی کمزوری اور رعشہ ہو سکتا ہے جیسا کہ شلل اہتزازی (paralysis agitans)

میں دیکھا جاتا ہے۔ ذہنی وظائف بھی ماؤف ہو سکتے ہیں۔ ہڈی ماؤفیت کی حالت میں عمیق معکوسے زیادہ ہو جاتے ہیں (کاذب بصلی خلل کی اصابتوں میں فکی جھٹکا بھی) اور اخمصی مجیبتیں باسط ہوتی ہیں۔ سرگذشت غیر محسوس آغاز مرض کی ہو سکتی ہے لیکن احتیاط کے ساتھ دریافت کیا جائے تو دوران سر یا غشی کے حملوں کی روداد اکثر ہوگی، جو غالباً دقیق عروقی اضرار کی آئینہ دار ہوتی ہے۔

تشخیص۔ بالعموم مریض کی عمر اور اس کی شرائین کی حالت صحیح تشخیص کے طرف رہنمائی کرتی ہے۔ ادھیڑ عمر والے مریض میں خون کے دباؤ کی زیادتی ایک اہم سراغ ہے، اور چشم بین کے ذریعہ شبکیہ کے عروق کے امتحان سے اکثر شریانی مرض کی موجودگی کی یقینی شہادت حاصل ہوگی۔

تفریقی تشخیص، بتدریج ترقی پذیر دماغی مرض کے دوسرے اسباب، مثلاً آتشک اور سلعے، اور مصبا نیستوں سے کرنی پڑتی ہے۔

انذار۔ یہ لازمی طور پر بُرا ہوتا ہے، علامات بتدریج ترقی کرنے کا رجحان رکھتی ہیں، اور دماغی لینت کے مریض میں ہمیشہ دماغی نزف یا علقیت کے صریح حملہ کا امکان ہوتا ہے۔

علاج۔ یہ بڑی حد تک علامات کے لحاظ سے ہونا چاہئے۔ عام جمیہ وہی ہونا چاہیئے جو صلابتِ شریان (arteriosclerosis) کے مریضوں کے لئے مقرر کیا گیا ہے (ملاحظہ ہوں صفحات 301, 304)۔ خاصکر دماغی تکان سے احتراز لازم ہے، اور مریض کو مشورہ دیا جائے کہ دوپہر کے وقت ایک گھنٹہ کے لئے اپنے بستر پر آرام کرے۔ چڑچڑے پن اور بےخوابی کے تدارک کے لئے مسکنات اور منوّمات دئے جائیں۔

دماغی جوفوں کی علقیت

(thrombosis of the cerebral sinuses)

دماغی جوفوں کے اندر خون کی ترویب یا تو کسی شدید ضعف (cachexia) کا نتیجہ ہوتی ہے یا متصلہ حصوں کے اضرار سے سرایت پہنچنے کا۔

اول الذکر سے بیشتر ایک انضمامی علقیت پیدا ہو جاتی ہے، اور جوف ایک وردقہ دار تھکے سے مسدود ہو جاتا ہے، مگر نظام جسم کی کوئی عام سرایت نہیں واقع ہوتی۔ یہ علقیت اکثر اوقات شیر خواروں میں واقع ہوا کرتی ہے، بالخصوص اُن میں جو ضمور یا مزمن اسہال میں مبتلا ہوتے ہیں۔ یہ زیادہ تر جوف طولی کو ماؤف کرتی ہے۔ قوما پشت، گردن دھڑ یا جوارح کی اکڑ، جوارح کا جھٹکے کھانا، اور صرعی حملے خاص علامات ہیں، اور اگر صحتیابی ہو جائے تو وہ جانبی تشنجی کمزوری پیدا ہو جاتی ہے جو زیریں جوارح میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتی ہے۔

طولی جوف کی علقیت کے ہمراہ جو مرضی مناظر پائے جاتے ہیں نہایت مخصوص و ممیز ہوتے ہیں۔ حنونہ عنکبوتیہ میں بڑی وریدوں کی علقیت واقع ہوتی ہے اور وہ سیاہ احبال کی طرح نمایاں ہو جاتی ہیں۔ اُم جافیہ کی اندرونی سطح پر کی وریدیں بھی جہاں وہ جوف کے اندر داخل ہوتی ہیں، متمدد ہو جاتی ہیں۔

مقامی سرایت سے علقیت بالخصوص کان کے مرض کی توسیع کی وجہ سے پیدا ہو جاتی ہے، لیکن یہ بھی ممکن ہے کہ سرایت کا مبداء چشم خانہ، ناک، دہن، بلعوم یا کسی دوسرے حصے میں ہو جہاں سے وہ جانبی یا کہفی جوف تک رسائی حاصل کر لے۔

جانبی جوفی علقیت (lateral sinus thrombosis) بالعموم التہاب اذن وسطی اور التہاب حلمیہ کا نتیجہ ہوتی ہے۔ آغاز مرض کو بالعموم ایک قشعریرہ ممیز کرتا ہے، جو ایک لہراتی ہوئی تپش کی چوٹیوں پر عود کرتا ہے۔ علقیت وداجی ورید کے اندر پھیل سکتی ہے، اور پھر گردن میں حلمیہ کے نیچے ایک سخت ورم کی طرح محسوس ہوتی ہے۔

کہفی جوف کی علقیت ممکن ہے ناک، گال، آنکھ یا انفی اجواف کی سرایت کا ثانوی نتیجہ ہو۔ قشعریرات اور تپ اس سے کم مستقل اور نمایاں خصوصیات ہیں کہ جتنی جانبی جوفی علقیت میں ہوتی ہیں۔ آنکھ کا تہدل، ملتحمہ اور پپوٹوں کا اذیما، اور تیسرے، چوتھے، چھٹے عجمی اعصاب کی ماؤفیت کے باعث بسا اوقات عینی

703 عضلات کا شلل موجود ہوتا ہے۔ اذیمائے حلیمہ (papillœdema) ممکن ہے موجود ہو لیکن ہمیشہ نہیں ہوتا۔ یہ حالت بالعموم دو جانبی اور مہلک ہوتی ہے۔

ان سرایتی اصابتوں میں عفونتی ذرات اُن میں قلب کے اندر اور وہاں سے پھیپھڑوں کے اندر منتقل ہو جاتے ہیں، جس کا نتیجہ مہلک تقیح الدم ہوتا ہے۔

علاج۔ اس علقیت میں جو کہ عام خرابی صحت پر منحصر ہو، اس حالت کا علاج کرنا چاہیئے۔ اگر مقامی اضرار سبب مرض ہیں تو ان کا جراحی تدارک کرنا چاہیئے۔ وداجی ورید کی راہ سے سرایت رساں علقہ کی نیچے کی طرف توسیع کو روکنے کے لئے اس ورید کو جھٹکے کے نیچے باندھ دینا چاہیئے اور اس کے مافیہ کو، اور اگر ضرورت ہو تو جانبی جوف کے مافیہ کو بھی خارج کر دینا چاہیئے۔

تحت العنکبوتیہ نزف

(subarachnoid hæmorrhage)

دماغی جھلیوں سے تعلق رکھنے والا نزف کھوپری کی ہڈیوں اور اُم جافیہ کے درمیان واقع ہو سکتا ہے (بیرون جافی = extra-dural)، یا اُم جافیہ کے اندر لیکن غشائے عنکبوتیہ سے باہر کر (تحت الجافی = sub-dural) یا تحت العنکبوتیہ فضا کے اندر (تحت العنکبوتیہ = sub-arachnoid)۔

پہلی دو قسمیں تقریباً ہمیشہ ضربی ہوتی ہیں اور اُن کا بیان علم الجراحت کی کتابوں میں درج ہے۔ مزمن تحت الجافی دموی سلعہ (chronic sub-dural hæmatoma) کے علامات، جو طبی تشخیص میں بڑی مشکلات پیش کر سکتا ہے، داخلی نزفی التہاب سحایائے ثخنیہ (pachymeningitis interna hæmorrhagica) کے عنوان کے تحت بیان کی گئی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 693)۔

اسباب۔ کسی بھی سبب سے کسی اوپری عِرق کے انشقاق سے تحت العنکبوتیہ نزف خود رو طور پر واقع ہو سکتا ہے۔ زیادہ عمر والے اشخاص میں عام سبب شرائین کا مرض ہوتا ہے، جس میں نزف یا تو براہ راست ہو سکتا ہے یا پہلے ایک چھوٹا انورسما بن کر پھر نزف ہوتا ہے۔ نو عمر اشخاص میں جن کی شرائین تندرست ہوتی ہیں، نزف کا سبب عموماً کسی پیدائشی انورسما کا انشقاق ہوتا ہے۔ ایسے انورسما کسی طرح غیر عام نہیں، اور غالباً نمو کے کسی نقص کے باعث دائرۂ ولیس

(circle of Willis) کے مقاماتِ اتصال پر یا اُس کی خاص شاخوں کے تشعب کے مقام پر پائے جاتے ہیں۔ یہ اکثر دقیق ابعاد کے ہوتے ہیں، اور ایک تحت العنکبوتیہ نزف کی اصابت میں امتحان بعد الممات میں تاوقتیکہ اِن کو خاص طور پر تلاش نہ کیا جائے یہ اکثر بہ آسانی نظر انداز ہو جاتے ہیں۔ دماغی شرائین کا انورسما اور پھر اُس کا انشقاق ساری التہابِ دروں قلب (infective endocarditis) میں سدادیت سے بھی پیدا ہو سکتا ہے، اور یہ تحت العنکبوتیہ نزف کا ایک دوسرا سبب ہے۔ تحت العنکبوتیہ نزف اُن مختلف حالتوں میں بھی ہو سکتا ہے (اگرچہ شاذ طور پر) جن میں دمی خود بخود واقع ہو جاتا ہے، جیسے کہ نزیلفیت اور پرپیوُرا میں۔

مَرَضی تشریح۔ ایک مہلک اصابت میں ساری تحت العنکبوتیہ فضا خون سے پُر ہوتی ہے، جو ایک پتلی چادر کی صورت میں دماغ کے نیم کُروں پر پھیلا ہوا ہوتا ہے۔ قاعدی بَرکوں (basal cisterns) میں زیادہ گہرا واقع ہوتا ہے، اور جب دماغ کو نکالا جائے تو نخاعی تحت العنکبوتیہ فضا سے اُبل کر نکلنے لگتا ہے۔ مستقل مزاجی کے ساتھ تلاش جاری رکھی جائے تو انورسما کی حالت میں نزف کا منبع عموماً ظاہر ہو جاتا ہے، لیکن تاوقتیکہ انورسما کو خاص طور پر تلاش نہ کیا جائے ممکن ہے کہ وہ نظر انداز ہو جائے۔

علامات۔ زیادہ عمر والے اشخاص میں جنھیں دماغی شرائین کا مرض ہو اکثر ابتدائی علامات اُس قسم کی ہوتی ہیں جیسی کہ دماغی نزف میں پائی جاتی ہیں (جو ملاحظہ ہوں)۔ دوسروں میں اور نوعمر اشخاص میں جنھیں پیدائشی انورسما ہوں آغاز مرض ناگہانی ہوتا ہے۔ اگر انشقاق بڑا ہے تو ممکن ہے کہ مریض دفعتہً بے ہوش ہو کر زمین پر گر پڑے۔ زیادہ عام طور پر دردِ سر کی یا گردن کی پشت میں درد کی شکایت یکایک پیدا ہو کر پھر بے ہوشی طاری ہو جاتی ہے۔ قوما کی مدت اور گہرائی انصباب کی جسامت کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔ اگر شقاق بڑا ہے تو ممکن ہے کہ مریض کو ہوش نہ آئے اور وہ چند ہی گھنٹوں میں مر جائے۔ نسبتہً چھوٹا رساؤ ہونے کی حالت میں

مریض کو ہوش آجاتا ہے اور پشتِ گردن میں درد اور اکڑ اور مثبت امارتِ کرنگ کی شکل میں سحائی خراش کے امارات ظاہر ہوتے ہیں۔ اِس مرحلہ میں وتری معکوسے اکثر اوقات مفقود ہو جاتے ہیں اور اخمصی مجیبیتیں باسط ہوتی ہیں۔ بارہا دیکھنے میں آتا ہے کہ اقراضِ بصری محقق ہوتے ہیں اور بعض اوقات بڑے شبکیتی اور تحت الزجاجی نزفات ظاہر کرتے ہیں۔ اگر مریض کی حالت میں اصلاح جاری رہی تو سحائی خراش کے یہ امارات دو یا تین ہفتوں کے دوران میں بتدریج رفع ہو جاتے ہیں۔ اِس زمانہ کے ابتدائی درجوں میں بیقاعدہ تپ اور عموماً کسیقدر ہذیان موجود ہوتا ہے۔ ایک چھوٹے سے نزف کی حالت میں ممکن ہے آغاز حملہ میں بے ہوشی بالکل نہ ہو، اور شروع ہی سے دردِ سر اور سحائی خراش کی شہادت خاص علامات ہوں۔

704 حملۂ مرض کے آغاز سے چند گھنٹوں کے اندر قطنی کچوکے سے ایسا نخاعی سیّال حاصل ہوگا جس میں تازہ خون مخلوط پایا جائے گا، اور اگر اِسے امتحانی نلی کے اندر رکھا رہنے دیا جائے تو یہ اُس کے اندر جم جائے گا، اور اِس کے اوپر ایک صاف اور بے رنگ سیّال باقی رہ جائے گا۔ چوبیس گھنٹوں کے اختتام تک نزف کے مقام پر ترویب واقع ہونا شروع ہو جاتی ہے اور سرخ خلیے ٹوٹنے پھوٹنے لگتے ہیں۔ اگر اِس درجہ میں نخاعی سیّال کو نلی میں رکھا رہنے دیا جائے تو اُس میں تھکا نظر نہیں آتا مگر سرخ خلیوں کا ایک ثفل پایا جاتا ہے، جس کے ساتھ ایک قدرے سنہری زرد رنگ کا بالائی سیّال ہوتا ہے۔ بعد کے چند دنوں میں یہ سنہری زرد جھلک اور زیادہ نمایاں ہو جاتی ہے۔

تشخیص۔ ایک شدید اصابت میں جس میں طویل قوما ہو، دماغی نزف اور اُس سے مشابہ حالتوں سے تشخیص کرنی پڑتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 686)، اور خفیف تر اصابتوں میں جن میں سحائی خراش کی امارات کا غلبہ ہو التہابِ سحایا سے تشخیص کرنی پڑتی ہے۔ لیکن التہابِ سحایا میں حملہ کا آغاز بمشکل کبھی اتنا حاد ہوتا ہے۔ اگر شبہ رہے تو اِس سوال کا تصفیہ قطنی کچوکے کے ذریعہ کر لینا چاہیے۔

انذار۔ ایک چھوٹے سے رساؤ سے شفایابی غیر عام نہیں۔ پیدائشی انورسما سے سالہا سال کے عرصہ میں کئی بار رساؤ واقع ہونا ممکن ہے، لیکن بالآخریہ غالباً ہمیشہ مہلک ثابت ہوتا ہے۔ دوسرے اسباب سے نزف واقع ہو تو انذار کا انحصار زیادہ تر تسبیبی حالت پر ہوتا ہے۔

علاج۔ یہ وہی ہے جو دماغی نزف کے لئے ہوتا ہے، بہ استثنا اسکے کہ قطنی کچوکا انصباب کی مُسِلیت کا موقع بہم پہنچاتا ہے۔ لیکن اس عمل سے ایک اندمال پذیر شقاق سے پھر تازہ رساؤ شروع ہو جانے کا خطرہ ہوتا ہے، لہذا اسے صرف اُسی وقت اختیار کرنا چاہیئے جب کہ مسلسل اور زیادہ گہرے قوما سے ایک بڑے اور ترقی پذیر انصباب کی موجودگی ظاہر ہوتی ہو، جس میں دماغی انضغاط کے باعث زندگی کے لئے خطرہ ہوتا ہے۔ ایک ضغط پیما استعمال کرنا چاہیئے، اور نخاعی ستیال کے دباؤ کو پانی کے ۱۰۰ ملی میٹر سے نیچے نہیں گرنے دینا چاہیئے۔

التہابِ دماغ

(encephalitis)

دوسرے اعضا کی طرح دماغ میں بھی دقیق عضویوں کے حملہ یا اُن کے سمیات کی وجہ سے التہاب پیدا ہو جاتا ہے، اور اس حالت کو التہابِ دماغ (encephalitis) کہتے ہیں۔ ریم زا عضویات کی صورت میں اس التہاب سے بہ سُرعت دماغی خراج بن جاتا ہے۔ دوسری مثالوں میں ممکن ہے کہ یہ التہابی عمل بغیر تقیح کے جاری رہے یہاں تک کہ حیوی عصبی مرکزوں کی ماؤفیت سے مہلک نتیجہ پیدا کر دے۔ قشب (virus) ممکن ہے دماغ پر ایک انتخابی اثر رکھتا ہو مثلاً سُباتی التہاب دماغ (encephalitis lethargica) میں یا ممکن ہے کہ التہاب دماغ ایک نسبتہً زیادہ عام سرایت کی پیچیدگی یا نتیجہ کے طور پر واقع ہو جائے، مثلاً کھسرہ کا التہاب دماغ (measles encephalitis)۔ دماغ تنہا ماؤف ہو سکتا ہے، یا اس کے ساتھ نخاع بھی ماؤف ہو جاتی ہے (التہاب دماغ و نخاع

-(encephalomyelitis =

جن مختلف امراض میں التہابِ دماغ واقع ہوسکتا ہے، اُن میں سے بعض پہلے بیان کئے گئے ہیں۔ مثلاً ایسا اتفاق ہوسکتا ہے (اگرچہ شاذ صورتوں میں) کہ التہابِ رماد النخاع (poliomyelitis) کی حالت میں دماغ بھی ماؤف ہوجاتا ہے، اور منتشر صلابت (disseminated sclerosis) میں تو وہ ہمیشہ ماؤف ہوتا ہے۔ ذیل کے پیراگرافوں میں التہاب دماغ کی نسبتاً کم عام قسمیں مختصر طور پر بیان کی جائینگی۔ سابقی التہاب دماغ بعد میں بیان کیا جائے گا۔

کھسرہ کا دماغی نخاعی التہاب (encephalomyelitis of measles)- یہ ایک شاذ پیچیدگی ہے۔ اِس کا آغاز بالعموم کھسرہ کے چوتھے دن سے لے کر چھٹے دن تک ہوتا ہے، جب کہ بخار کم ہوکر طفح ماند پڑنا شروع ہوجاتا ہے۔ آغازِ مرض کے معمولی علامات غنودگی، دردِ سر، جھٹکے اور تشنج ہیں۔ اِن کے ساتھ تپ پھر عود کر آتی ہے، اور ممکن ہے کہ مرض اتنا بڑھے کہ شلل پیدا کردے، جس کی عام ترین شکل فالجِ نصفی ہے۔ نخاعی سیّال میں عموماً لمفی خلیوں کی معتدل زیادتی پائی جاتی ہے۔ اموات کی تعداد ۱۰ فی صدی تک ہوتی ہے، اور زندہ بچنے والوں میں نصف سے زائد مریض کمزوری، بے نسقی، ذہنی تغیّر یا صرع کی شکل میں علامات باقیہ ظاہر کرتے ہیں۔ امراضیاتی امتحان سے یہ پایا جاتا ہے کہ چھوٹی وریدوں کے گرد لُبّ ربودگی کے منطقے ایک ممیز خاصہ ہیں۔ ممکن ہے کہ اسکے ساتھ لمفی خلیوں اور پلازمائی خلیوں کا گردعروقی ارتشاح بھی ہو۔

ایسا ہی دماغی نخاعی التہاب جُدیری (chicken-pox) کی ایک آجل پیچیدگی کے طور پر ہوتا ہے۔ اِن اصابتوں میں اِنذار اچھا معلوم ہوتا ہے، اور امراضیاتی امتحان کے اندراجات ہمیں میسر نہیں ہیں۔

جدری سانی کا دماغی نخاعی التہاب (vaccinal encephalomyelitis)۔ گذشتہ چند سالوں میں اِس ملک میں اور یورپ کے 705

براعظم پر اِس مرض کی متعدد اصابتوں کی روئداد شایع کی گئی ہے۔ سرِیری سرگذشت عموماً یہ ہوتی ہے کہ ایک کامیاب اور غیر پیچیدہ جُدرین رسانی ہوئی ہے جس کے تقریباً چودہ دن بعد عصبی مرض کے آمارات ناگہانی طور پر نمویاب ہو گئے ہیں۔ یہ سحائی، دماغی اور نخاعی ہوتے ہیں اور خاص حدوث جسرِ دماغ اور قطنی عجزی کلائی پر ہوتا ہے۔ مرض عموماً دردِ سر، تپ، قئے اور غنودگی کے ساتھ شروع ہوتا ہے۔ پھر دو نظری اور وہ علامات جو دوسرے جمجمی اعصاب کے شلل کے باعث ہوتے ہیں نمویاب ہو جاتے ہیں، اور اکثر اِس کے ساتھ ہی جوارح زیرین کا شلل اور عاصری اقتدار کا فقدان ہوتا ہے۔ دماغی نخاعی سیّال معتدل درجہ کی لمفی خلویت ظاہر کرتا ہے۔ اموات کی تعداد زیادہ ہوتی ہے، اور اکثر مریض آغاز مرض کے بعد چند روز کے اندر قوما زدہ ہو کر مر جاتا ہے، لیکن جب شفا ہوتی ہے تو عموماً کامل ہوتی ہے۔ مہلک اصابتوں میں امراضیاتی امتحان سے نخاع، ساقِ دماغ اور دماغ میں ہر جگہ گرد عروقی لُبِ ربودگی کے منتشر رقبوں کی موجودگی ظاہر ہوتی ہے۔

دماغی نخاعی التہاب کی دوسری قسمیں۔ التہابِ دماغ یا دماغی نخاعی التہاب کی متعدد دوسری قسمیں بیان کی گئی ہیں اور ان کا نام اُس نامور طبیب کے نام پر رکھا گیا ہے جس نے انھیں بیان کیا (مثلاً اسٹرمپیلی دماغی التہاب Strumpell's encephalitis)، یا عصبی نظام کے اُس حصّے کی رعایت سے رکھا گیا ہے جس پر بالخصوص حملہ ہوا ہو (مثلاً حاد تحتانی رمادی دماغی التہاب = polio-encephalitis acuta inferior)۔ لیکن اِن امتیازات کی کوئی حقیقی اہمیت نہیں معلوم ہوتی، اور ہمارے معلومات کی موجودہ حالت میں ہمیں یہ تسلیم کرنا چاہئے کہ وہ حالت جسے حاد سحائی دماغی نخاعی التہاب (acute meningo-encephalitis) کہتے ہیں، انفرادی اصابتوں کی صورت میں، یا وقتاً فوقتاً چھوٹی چھوٹی وباؤں کی صورت میں واقع ہو سکتی ہے۔ ایسی بیماری شاید بچوں میں زیادہ عام ہے مگر ہر عمر میں دیکھی جا سکتی ہے۔ نمایاں علامات سحائی التہاب، دماغی التہاب یا نخاعی التہاب

کے ہو سکتے ہیں، اور تشخیص کا تعین صرف عمل طرد کے ذریعہ کیا جا سکتا ہے، جس میں اکثر اوقات طویل مشاہدہ کا عرصہ درکار ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ اِن اصابتوں میں دماغی نخاعی سیال میں لمفی خلیات کی معتدل کثرت پائی جائے، لیکن اکثر یہ سیال طبعی ہوتا ہے۔ مجموعی حیثیت سے انذار اچھا ہوتا ہے، لیکن شیرخواروں اور نوعمر بچوں میں دیر پا فالجِ نصفی غیر عام نہیں، جس کے ساتھ بعض اوقات صرع بھی موجود ہوتی ہے۔

سُباتی التہابِ دماغ

(encephalitis lethargica)

(epidemic encephalitis = وبائی التہابِ دماغ)

یہ ایک حاد یا تحت الحاد غیر تقیحی التہابی عمل ہے جو عصبی نظام اور سحایا کو وسیع اور منتشر طور پر ماؤف کر دیتا ہے۔ یہ نہایت عام طور پر درمیانی دماغ کی ساختوں کو ماؤف کرتا ہے، اور اولاً سُبات کے علامات اور محرک العین اعصاب کا شلل پیدا کرتا ہے، اور بعد کے درجہ میں اسی طرز کی کمزوری، رعشہ اور کرختگی، جیسے ابتداءً پارکنسن (Parkinson) نے شللِ اہتزازی (paralysis agitans) میں بیان کیا۔ ان اصابتوں کی بڑی تعداد میں التہابی عمل مزمن ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ وہ بتدریج سالہا سال تک ترقی کرتا رہے۔

یہ مرض پہلے وبائی شکل میں ۱۹۱۶ء میں وائنا (Vienna) میں نمودار ہوا۔ ایک سال کے بعد یہ سارے یورپ کے طول و عرض میں وسیع طور پر پھیل گیا، اور دوسرے سال امریکہ میں پھیل گیا۔

ہر عمر کے اشخاص میں اِس کی سرایت کا امکان ہے۔ آبادی پر اس کا حملہ وسیع اور بے قاعدہ طرز سے ہوتا ہے۔ صرف شاذ ہی مثالوں میں ایک ہی گھرانے سے ایک سے زیادہ واردتوں کی اطلاع ملی ہے، اور تاحال یہ ظاہر کرنے کے لئے کوئی شہادت نہیں موجود ہے کہ یہ مرض ایک شخص سے دوسرے میں براہِ راست منتقل ہو سکتا ہے۔ اس وقت سے لے کر جب کہ یہ پہلے پہل ظاہر

ہوا ہر سال موسم سرما اور موسم بہار میں اس کے خفیف حملے وبائی صورت میں ہوتے رہے، اور درمیانی وقفوں میں انفرادی وارداتیں ہوتی رہیں۔ اس ملک میں وارداتوں کی سب سے بڑی تعداد ۱۹۲۴ء کے موسم بہار میں واقع ہوئی۔ ۱۹۲۵ء سے صرف انفرادی وارداتوں کی اطلاع ملی ہے، اور معلوم ہوتا ہے کہ موجودہ زمانہ (۱۹۳۵ء) میں مرض حاد شکل میں ناپید ہو چکا ہے۔

اگرچہ ۱۹۱۷ء تک اس مرض کی کوئی مخصوص حیثیت تسلیم نہیں کی گئی تاہم ۱۸۹۰ء میں انفلوئنزا کی وبا کے بعد مرکزی یورپ میں اسی نوعیت کی چھوٹی چھوٹی وباؤں کی اطلاع مندرج ہوئی تھی اور اغلب ہے کہ اس زمانہ کے بعد کی انفرادی وارداتیں شناخت نہ ہو سکی ہوں۔

متعدد محققین نے، فرانس میں لیواڈٹی (Levadity) اور ھارویر (Harvier) نے، اس ملک (انگلستان) میں میکنٹاش (Mackintosh) اور
'06 پرڈراؤ (Perdrau) نے، اور امریکہ میں اسٹراؤس (Strauss) اور لوئی وی (Loewe) نے، ہلاک شدہ انسانی مریضوں کے دماغوں کے مادہ کا اشراب کرکے، جانوروں میں اس مرض کی کامیاب تطعیم کی ہے۔ لیواڈٹی اور ہارویر کو ایک حاد اصابت میں ناک کی مخاطی جھلی کے تحاروں سے بھی مثبت نتائج حاصل ہوئے۔ ان ہر دو ذرائع سے جانوروں میں جو مرض پیدا کیا گیا اس کو ماہ بماہ جانوروں کے ایک سلسلہ میں سے بذریعہ تطعیم منتقل کیا جا سکا۔ اس کے عضویہ کی کاشت نہیں ہوئی ہے مگر معلوم ہوتا ہے کہ وہ تقطیر پذیر قشیبات کے گروہ سے تعلق رکھتا ہے۔

مرضی تشریح۔ بمجرد نظر امتحان کرنے پر دماغ اور نخاع ان اصابتوں کی اکثریت میں عروق شعریہ کے امتلا کے علاوہ کوئی غیر معمولی حالت ظاہر نہیں کرتے۔ یہ امتلا عموماً قاعدی عقود، درمیانی دماغ اور دماغی قشرہ کے رمادی مادے میں بہترین طور پر نمایاں ہوتا ہے۔ بعض اصابتوں میں خون کی دعائیری بھی دیکھی جاتی ہے، جو یا تو تحت الجافیہ یا تحت العنکبوتیہ فضاؤں میں یا درمیانی دماغ کے جرم میں ہوتی ہے۔

خرد بین کے نیچے کسی ایسی اصابت میں جو آغاز مرض کے بعد دس دن کے اندر مہلک ثابت ہوئی ہو ممکن ہے کہ شدید شعری امتلاء کے علاوہ اور کچھ نظر نہ آئے۔ دورانِ سرایت میں ازاں بعد امتلاء کے علاوہ دوسرے تغیرات بھی نمودار ہو جاتے ہیں جو اِس مرض کا ممیز خاصہ ہوتے ہیں۔ نسبتًہ چھوٹے عروق کی دیواریں چھوٹے گول خلیوں سے دررِیختہ نظر آتی ہیں اور گرد عروقی فضائیں اُن سے پُر ہوتی ہیں، چنانچہ ایک شعری عرق کو عرضاً تراشنے پر عرق کے گرد لمفی خلیوں کے ایک کف کا منظر پیدا ہو جاتا ہے۔ اِن چھوٹے خلیوں کے درمیان کہیں کہیں بڑے خلیے بھی نظر آ جاتے ہیں جن میں ذراتی لون موجود ہوتا ہے۔ بیشتر اصابتوں میں عصبی خلیے انحطاط کی شہادت پیش کرتے ہیں، لیکن اِن پر کسی قدر بے ترتیبی کے ساتھ حملہ ہوتا ہے، چنانچہ رمادی مادے کے ایک منفرد نواتہ میں خلیوں کی محض تھوڑی ہی تعداد ماؤف پائی جاتی ہے۔ تغیرات جو نظر آتے ہیں حسب ذیل ہیں:— نواتہ کا ورم اور اِس کی منحرف مرکزیت، ذراتِ نسل کی شکست وریخت (لون پاشیدگی = chromatolysis)، اور چھوٹے گول خلیوں کا حملہ (عصبیہ خوری = neurophagia)۔ یہ تغیرات درمیانی دماغ اور جسر اور قاعدی عقود کے رمادی مادے میں نہایت مستمر طور پر پائے جاتے ہیں، لیکن دماغی قشرہ اور نخاع میں بھی دیکھنے میں آ سکتے ہیں۔ جمجمی اور نخاعی اعصاب کی جڑوں میں بھی شعری امتلاء اور گول خلیوں کی درریزش بیان کی گئی ہے۔ جسم کے دوسرے اعضا میں کوئی مستمر تغیرات نہیں ہوتے۔

مزمن ترقی پذیر قسم کی اصابتوں میں جو علامتیہ پارکنسن (Parkinsonian syndrome) ظاہر کرتی ہیں اعظم اِتلاف درمیانی دماغ کے جرمِ اسود میں پایا جاتا ہے، جہاں ایک فاعلی التہابی عمل کے شائبات اب بھی نظر آ سکتے ہیں۔

علامات۔ ۱۔ ابتدائی درجہ۔ اِن کی تقسیم اس طرح کی جا سکتی ہے:— وہ علامتیں جو عام قسم کی ہوتی ہیں، اور وہ علامتیں جو مرکزی عصبی نظام کے محدود المقام اضرار سے منسوب کی جا سکتی ہیں۔ اول الذکر

سُرخی کے تحت ارتفاع حرارت، کسلمندی، عدم اشتہا، قئے، اعضا شکنی اور کبھی کبھی احمراری طفح شامل کئے جاتے ہیں۔ عصبی علامات نہایت اختلاف پذیر ہیں، کیونکہ اُن کا انحصار قشب کے تحیز پر ہوتا ہے، جو عصبی نظام یا اسکے غلافوں کے کسی حصے کو ماؤف کرسکتا ہے۔ لیکن اصابتوں کی بڑی اکثریت میں خاص حدوث درمیانی دماغ پر ہوتا ہے، اور ممیز و مخصوص علامات پیدا کر دیتا ہے۔ مرض عموماً غیر محسوس طور پر اور سستی اور غنودگی کے احساس کے ساتھ شروع ہوتا ہے۔ اس کے ساتھ اکثر اوقات سحائی خراش کے خفیف تر امارات موجود ہوتے ہیں، جیسے کہ دردِ سر (جو اکثر تحت القذالی suboccipital: ہوتا ہے)، اور گردن کی اکڑ۔ ایک دو دن کے عرصہ میں اعصاب سویم کے نواتے ماؤف ہوجاتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قریبی اشیاء کے لئے نظر کا دھندلا پن (جو توفیق کے مشلول ہوجانے کی وجہ سے ہوتا ہے)، استرخاء الجفن اور حرکاتِ چشم کی کمزوری پیدا ہوجاتی ہے۔ اس درجہ میں بعض اوقات دو نظری کی شکایت بھی کی جاتی ہے۔ ازاں بعد غنودگی میں ترقی ہوجاتی ہے، یہاں تک کہ مریض ایک مسلسل غنودگی کی حالت میں معلوم ہوتا ہے، چنانچہ غذا لینے کے لئے اُسے اس حالت سے بیدار کرنا پڑتا ہے۔ لیکن بیدار کئے جانے پر اس کی ذہنی حالت بالکل صاف پائی جاتی ہے، اور وہ سوالات کے جواب سمجھ کے ساتھ دے سکتا ہے۔ مرض کے اس زمانہ کی تصویر نہایت مؤثر اور جاذبِ توجہ ہوتی ہے: چہرہ بے شکن اور بے اظہار معلوم ہوتا ہے، اور اس کے ساتھ استرخاء الجفن مل کر ایک بے جان حماقت کا منظر پیدا ہوجاتا ہے، جس کے مقابلہ میں ذہنی حالت کا وضوح ایک نمایاں تضاد ظاہر کرتا ہے۔ غور کے ساتھ مشاہدہ کیا جائے تو اس درجہ میں اکثر بے قاعدہ جھٹکوں کا واقع ہونا ظاہر ہوگا، جو انفرادی عضلات یا اُن کے مجموعات کو بلاترتیب ماؤف کر دیتے ہیں، لیکن شاذ ہی اس قدر کافی قوی ہوتے ہیں کہ جوارح کو حرکت میں لاسکیں۔ عضلی نظام کے کسی بھی حصے کو بشمول دھڑ اور چہرے کے عضلات ماؤف کر سکتے ہیں۔

زبان خشک اور پپڑی دار اور اکثر اوقات مرتعش ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ 707
مریض کبھی کبھی دردِ جوانح کی شکایت کرے۔

آغازِ حملہ میں تپش زیادہ ہو جاتی ہے اور بے قاعدہ طریقہ سے ۹۹ درجہ اور ۱۰۱ درجہ کے درمیان تحوّل پذیر ہوتی ہے، اور اس کے ساتھ شرحِ نبض میں متناظر تبدیلیاں ہوتی رہتی ہیں۔ بالعموم ایک مہلک اصابت میں تپش بلند ہو جاتی ہے، ذہول گہرا ہو کر قوما طاری ہو جاتا ہے، اور اس کے بعد سلس البول والبراز واقع ہو جاتا ہے، اور آغاز حملہ سے دس تا اکیس دن کے عرصہ میں موت واقع ہو جاتی ہے۔

جب مرض خوب نمو یافتہ ہو تو طبیعی امتحان سے مزید امارات کا ظاہر ہونا ممکن ہے۔ مثلاً اکثر اوقات پتلیاں غیر مساوی ہوتی ہیں اور روشنی کی بہ نسبت سستی کے ساتھ ظاہر کرتی ہیں۔ اگر مریض کو اس امتحان میں تعاون پر راضی کیا جا سکے تو عام طور پر پایا جاتا ہے کہ توفیق میں حدقی تعامل اور ساتھ ہی استدقاق کی قوت غیر موجود ہے۔ اکثر اوقات دوسری حرکاتِ چشم کا شلل بھی ہوتا ہے۔ رقصِ مقلہ اکثر پایا جاتا ہے۔ حدقۂ آرگائل رابرٹسن کا وقوع بھی ممکن ہے۔

بالعموم دوسرے مجمی اعصاب نہیں ماؤف ہوتے۔ درد کی شکایتوں کے علاوہ جن کا تذکرہ ہو چکا ہے، احساس کی کوئی دوسری خلاف قاعدگی نہیں پائی جاتی۔ حرکی نظام کے امتحان سے عام عضلی کمزوری، اور اس کے ساتھ بعض اوقات تکوینی کرختگی ظاہر ہوتی ہے، چنانچہ جارحہ کو جس کسی وضع میں رکھ دیا جائے (خواہ وہ کتنی ہی عجیب و غریب اور مضحکہ خیز ہو) وہ تقریباً غیر متعین عرصہ تک اسی ہیئت میں رہے گا (زوالِ ذہنی = catatonia)۔
معکوسات کی حالت ہر اصابت میں جداگانہ ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ وتری معکوسات غیر متاثر رہیں، یا زیادہ ہو جائیں، مگر زیادہ تر وہ ناپید ہو جاتے ہیں۔ بشکلی معکوسات شاذ ہی کوئی غیر طبعی حالت ظاہر کرتے ہیں۔ اخمصی مجیبتیں عموماً خم کُن ہوتی ہیں۔

جب شفا ہوتی ہے تو ابتداءِ مرض سے تیسرے ہفتے میں تشنج کم ہونا شروع ہوتی ہے، اور مریض بتدریج اپنی ذہولی حالت سے بیدار ہو جاتا ہے۔ تیسرے ہفتے کے اختتام کے ساتھ تپ کا زمانہ ختم ہو جاتا ہے، لیکن ایک شدید اصابت میں سبات بدستور جاری رہتا ہے، جمجمی اعصاب کے شلل بتدریج زائل ہو سکتے ہیں اور ممکن ہے کہ عصبی نظام کے طبعی وظائف کے کامل طور پر بحال ہونے میں (یعنی اس صورت میں جب کہ کامل شفا ہو) تین ماہ کا یا اس سے بھی زائد عرصہ درکار ہو۔

چونکہ عصبی مرض کی حالت میں علامات کا انحصار تقریباً تمامتر ساری عمل کے تحیّز پر ہوتا ہے، اور چونکہ زیرِ بحث مرض میں تشنّج کی توزیع وسیع ہو سکتی ہے، لہٰذا ہمیں دورانِ وبا میں آمارات و علامات کا تقریباً ہر امتزاج دیکھنے کے لئے تیار رہنا چاہیئے۔ التہابی عمل کے ایک حصّے سے دوسرے میں پھیلنے کے ساتھ ممکن ہے کہ ایک منفرد اصابت کی شکل وقتاً فوقتاً بدلتی رہے، اور نصف درجن اصابتوں میں کوئی ایسی نمایاں عصبی علامت نہ ہو جو سب میں مشترک طور پر پائی جائے۔ چنانچہ جہاں تک آغازِ مرض کا تعلق ہے، پہلے بیان کی ہوئی معمولی قسم کے علاوہ ایسی مثالیں مل سکتی ہیں کہ جن میں ابتداً ہی سحائی علامتیں غالب ہوتی ہیں۔ دوسری اصابتوں میں اس سبات کے بجائے جو زیادہ عام طور پر پایا جاتا ہے، اضطراب و بے چینی، ہیجان، بلکہ پُرشور ہذیان ہو سکتا ہے، یا مرض کی ابتداء حاد طور پر سکتہ نما حملہ کے ساتھ ہو سکتی ہے، یا ممکن ہے کہ عضلی جھٹکوں کی موجودگی کا رنگ تصویر میں غالب ہو (نام نہاد عضلی رجفی قسم = myoclonic type)، جن کے ساتھ اکثر ہذیان بھی ہوتا ہے۔ اصابتوں کے ایک دوسرے گروہ میں ممکن ہے کہ ابتداءِ مرض ایسے شدید عصبی دردوں کے ساتھ ہو جو محیطی عصب یا جڑ کی توزیع رکھتے ہوں، اور ان کے بعد عضلات کے جُداگانہ گروہوں کی لاغری اور کمزوری پیدا ہو جائے۔ یا پھر بعض مثالوں میں وتری جھٹکوں کی غیر موجودگی اور جوارح میں سن پن کے موضوعی احساسات کثیر عصبی التہاب (polyneuritis) کا منظر پیدا

کر سکتے ہیں۔

یہ بیان اِس مرض کی علامات کی فہرست کو ہرگز ختم نہیں کرتا۔ نسبتاً کم اہمیت رکھنے والی علامات میں سے عسر الکلام، عسر البلع، بہرے کے دوروں، ہچکی، کثرتِ ریق، کثرتِ پسینہ، گلا گھٹنے یا دم رکنے، احتباسِ بول اور کبھی کبھی جبڑے کے عضلات کے تشنجی تقبض کا ذکر کیا جا سکتا ہے۔

ارتفاعِ تپش کا درجہ اور مدت مختلف ہوتی ہے۔ ممکن ہے تپش ابتدائی درجوں میں بڑھی ہوئی ہو لیکن جس وقت مریض کا معائنہ کیا جائے اس وقت بوجہ آغازِ مرض کی غیر محسوس نوعیت کے پہلے ہی کم ہو چکی ہو۔ خفیف اصابتوں میں عصبی نظام کی ماؤفیت کے امارات اکثر سریع الزوال ہوتے ہیں، اور ناپائیدار دو نظری، عارضی شللِ توفیق، پشتِ گردن کا درد اور اکڑاؤ وجع العصبی دردوں یا عضلی جھٹکوں کی سرگذشت معلوم کرنے کے لئے خاص تحقیقات ضروری ہوتی ہے۔ بہت سے ایسے مریضوں میں جو مزمن مترقی قسم کے غیر مشکوک اور یقینی علامات پیش کرتے ہیں، آغازِ مرض کی کوئی روئداد نہیں حاصل کی جا سکتی۔ 708

دماغی نخاعی سیال ہمیشہ صاف ہوتا ہے۔ تقریباً نصف اصابتوں میں جس وقت امتحان کیا جاتا ہے اس وقت تک اس میں کوئی غیر طبعی چیز نہیں ظاہر ہوتی، لیکن دوسرے نصف میں لمفی خلیوں کی تعداد میں زیادتی پائی جاتی ہے، جو فی مکعب ملی میٹر دس تا اسی خلیات کے درمیان مختلف ہوتی ہے۔ لمفی خلیوں کی یہ کثرت عام طور پر اُن مریضوں میں دیکھنے میں آتی ہے جن میں دورانِ مرض میں لمفی کچھ کا جلد عمل میں لایا گیا ہو۔ بالعموم پروٹینی مافیہ میں کوئی زیادتی نہیں ہوتی، لیکن ممکن ہے کہ کولائڈی ذہبی کاشفہ سے شللی یا آتشکی قسم کے منحنی حاصل ہوں۔ خون اور دماغی نخاعی سیال میں واز رمینی تعامل منفی ہوتا ہے۔

۲- درجۂ منتاء خر۔ مریضوں کے ایک بڑے تناسب میں حاد درجہ رفع ہو جانے کے بعد مزید علامات نمویاب ہو سکتے ہیں، اور یہ سرایت کے اس عمل کا نتیجہ ہوتے ہیں جو اندر ہی اندر سلگتا رہتا ہے اور ابتداءِ مرض سے

مہینوں بلکہ برسوں بعد تک دماغ کے تازہ بتازہ اور نو بنو رقبوں کو ماؤف کرتا رہتا ہے۔ بعض اصابتوں میں مریض مرض کے ابتدائی درجہ سے راست متاخر درجہ میں پہنچ جاتا ہے، لیکن زیادہ اکثر اِن دونوں درجوں کے درمیان ایک مخفی وقفہ ہوتا ہے جس کے دوران میں ممکن ہے کہ یہ معلوم ہو کہ مریض تشفی بخش طریقہ پر شفایاب ہوا ہے، اور ممکن ہے کہ یہ درمیانی وقفہ کئی مہینوں کا بلکہ کئی سالوں کا ہو۔ مریض کے متاخر علامات کی شدت ابتدائی درجہ کی شدت سے کوئی نسبت نہیں رکھتی، چنانچہ خفیف یا انتقالی نوعیت کی اصابتیں، جو ممکن ہے کہ ابتداءً شناخت نہ ہوئی ہوں، اکثر بالآخر تشویشناک جسمانی یا دماغی از کار رفتگی کا شکار ہوتی ہیں۔ متاخر درجہ کے عام تر علامات کی گروہ بندی حسب ذیل عنوانات کے تحت کی جاسکتی ہے:- (۱) شللِ اہتزازی (paralysis agitans) کی قسم کی کمزوری، کرختگی اور رعشہ، (۲) غیر ارادی حرکات (۳) ذہنی تغیرات۔

(۱) شللِ اہتزازی کے علامات سے مشابہ علامات، غالباً اِس مرض کے ابتدائی درجہ کے بعد زندہ بچنے والے مریضوں کے ایک بڑے تناسب میں نمویاب ہوجاتے ہیں، اور جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے، ممکن ہے کہ اِن اصابتوں میں کسی ابتدائی سرایت کی روئداد نہ معلوم ہو۔ نمایاں ترین خاصہ عموماً وجہی عضلات کی سختی اور اکڑ ہے، جس کی وجہ سے چہرہ بے اظہار ہوجاتا ہے۔ اکثر یہ کرختگی دھڑ اور جوارح کے عضلات کو بھی ماؤف کر دیتی ہے۔ ایسی صورت میں رفتار سست اور خلط ملط اور کمر خمیدہ اور سر جھکا ہوا ہوتا ہے، اور بازو سخت اور کہنیاں جسم سے کسیقدر تبعید شدہ اور انگلیاں نیم خمیدہ ہوتی ہیں۔ خود بخود واقع ہونے والی حرکات کم یا مفقود ہوجاتی ہیں، اور مریض اپنے مرکزِ جاذبہ کو درست رکھنے میں دقت محسوس کرتا ہے، اور اِسواسطے اُس کا توازن بہ آسانی تہ و بالا ہوجاتا ہے۔ رمشی معکوسہ کے امتناع سے چہرہ زیادہ گھورتا ہوا ظاہر ہوتا ہے، اور معکوسۂ ابتلاع کے امتناع کی وجہ سے منہ سے رال ٹپکتی رہتی ہے۔ آواز اکثر اوقات یک لہجہ اور گفتار آہستہ آہستہ ہوتی ہے۔ شللِ اہتزازی کی

کی قسم کا رعشہ بھی موجود ہو سکتا ہے، لیکن کرختگی کے مقابلہ میں یہ اکثر خفیف سا ہی ہوتا ہے۔

(۲) تمام اقسام کی غیر ارادی حرکتیں واقع ہو سکتی ہیں، لیکن جن اصابتوں میں یہ ایک نمایاں خاصہ ہوتی ہیں اُن کا تناسب تھوڑا ہوتا ہے۔ شَلَل اہتزازی کی قسم کے رعشہ کا پہلے ذکر کیا گیا ہے۔ زفنی الشکل اور کنع حرکات بھی دیکھی جاتی ہیں۔ لیکن شاید عام ترین قسم وہ ہے جس میں قربی مفاصل (شانہ اور کولھے) کے نظام عضلی میں نسبتہً بڑی سعت اور سست شرح کی متوازن حرکات ہوتی ہیں، جو اکثر ایک منفرد جارحہ کو یا جسم کے ایک جانب کے بازو اور ٹانگ کو ماؤف کرتی ہیں۔ ایک دوسرا نمایاں اور عموماً بدیر واقع ہونے والا نتیجہ کُراتِ چشم کی جبری اوپر کے طرف کو حرکت ہے (چشم گردشی بحرانات (oculogyric crises)۔ یہ حرکتیں دَوری، اور عموماً بلا انتباہ ہوتی ہیں، اور ایک وقت میں کئی منٹوں یا گھنٹوں تک جاری رہتی ہیں۔ چونکہ یہ ارادی قابو سے باہر ہوتی ہیں، لہذا مریض فی الوقت کارآمد بصارت کے قابل نہیں رہتا۔

(۳) کسی درجہ کی ذہنی خرابی اِس مرض کا تقریباً ہمیشہ واقع ہونیوالا نتیجہ ہے۔ بالغوں میں یہ خفیف اصابتوں میں تکان کے رجحان کی زیادتی اور جذبات پر قابو کی کمی کی صورت میں ظاہر ہوتی ہے۔ زیادہ شدید اصابتوں میں نہاکتِ اعصاب جیسی نوعیت کی علامتیں نمودار ہو جاتی ہیں، اور ہمیشہ دردِ سر کی شکایت کے ساتھ ناقابلیت کے احساسات اور مرضی تشویش ہوتی ہے۔ اِس کے برعکس شَلَلِ اہتزازی کی قسم کی اصابتوں میں اکثر شدید بےحسی موجود ہوتی ہے۔ بچے اکثر زیادہ خطرناک طور پر ماؤف ہوتے ہیں، اور اُن میں اِس مرض کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اُن کے کردار میں تنزل واقع ہو جاتا ہے لیکن عقل میں کوئی تناظر کمی نہیں ہوتی۔ اسیواسطے اُن میں جھوٹ بولنے، چوری اور سینہ زوری کی عادتیں پیدا ہو جاتی ہیں، جن کی وجہ سے نہ صرف گھر میں اُن کی بدرک تمام مشکل ہوتی ہے بلکہ بارہا پولس کی عدالت تک ان کے پہنچنے کی نوبت آتی ہے۔

ہر عمر میں بے خوابی اس کا ایک عام اور تکلیف دہ نتیجہ ہوتا ہے۔ مریض دن کے وقت غنودہ اور بے حس ہوتا ہے لیکن رات کے وقت بے چین اور مضطرب ہو کر اکثر جوش و ہیجان کی حالت میں ہوتا ہے اور صرف علی الصباح اس کو نیند آتی ہے۔

تشخیص۔ یہ معمولی قسم کی اصابتوں میں جو غنودگی، ہلکے بخار، اور چشمی شللوں کے ساتھ غیر محسوس طور پر شروع ہوں، نسبتہً آسان ہوتی ہے لیکن سرایت کا حدوث زیادہ وسیع ہو تو تشخیص ممکن ہے کہ نہایت مشکل امر ہو۔ دماغی خراج (cerebral abscess) کی تشخیص پر غور کرنا پڑتا ہے، اور اس امکان پر نظر رکھکر تقیحی التہاب الاذن (suppurative otitis) کے امارات کے لئے کانوں کا امتحان کرنا چاہئے۔ دماغی سلعات (cerebral tumours) بھی خصوصاً جبکہ وہ دماغ کے کسی خاموش رقبہ میں واقع ہوں، سابقی التہاب دماغ سے مماثل امارات پیدا کر سکتے ہیں، لیکن اس حالت میں اقراص بصری کے امتحان سے تشخیص صاف اور واضح ہو سکتی ہے، چنانچہ اذیمائے حلیمہ بصری سلعہ کی حالت میں شاذ ہی غیر موجود ہوتا ہے اور التہاب دماغ کی حالت میں شاذ ہی موجود ہوتا ہے۔

ممکن ہے کہ ان اصابتوں میں جن میں بیماری کی ابتداء سحائی علامات کیساتھ ہوتی ہے، سحائی نبقاتی (meningococcal) یا درنی (tuberculous) التہاب سحایا سے مشابہت پیدا ہو جائے، لیکن گردن کی اکڑ التہاب دماغ کا اتنا اہم خاصہ نہیں جتنا کہ ان دونوں بیماریوں کا ہے۔ شاذ مثالوں میں جن میں مرض کا آغاز سکتہ آسا ہو، اس حالت کو دماغی نزف (cerebral hæmorrhage) یا علقیت (thrombosis) سے پیدا ہونے والی حالت سے بہ مشکل تمیز کیا جا سکتا ہے۔

آخری درجوں میں، تپ اتر جانے کے بعد، عصبی نظام کی وسیع ماؤفیت کے امارات کی موجودگی آتشک کے امکان پر دلالت کر سکتی ہے، چنانچہ اس امر کا فیصلہ کرنے کے لئے خون اور دماغی نخاعی سیال میں تعامل واٰزرمن کارآمد ہوگا۔ تفریقی تشخیص کرنے میں دماغی نخاعی سیال کا خلویاتی اور جرثومیاتی امتحان ہمیشہ مفید ہوتا ہے۔ آخری درجوں میں ان اصابتوں کو جو علامئیہ پارکنسن ظاہر کرتی ہوں، شلل اہتزازی (paralysis agitans) سے متفرق کرنا پڑتا ہے۔ اگر

پارکنسنی علامات سے مدتوں پہلے ایک عموی علالت، سریع الزوال دو نظری، یا ناگہانی سبات یا بے خوابی کی سرگذشت احتیاط کے ساتھ دریافت کی جائے تو تشخیص کا فیصلہ ہو جانا ممکن ہے۔ اُن اصابتوں میں جن میں ایسی سرگذشت نہ ملے، ممکن ہے کہ مریض کی عمر اِس سوال کو طے کردے، کیونکہ شلل اہتزازی اوصیڑ عمر اور زندگی کے آخری حصے کا مرض ہے، اور سباتی التہاب دماغ چھوٹے اور بڑے سب پر حملہ آور ہوتا ہے۔ جب یہ طریقہ تفریق کارآمد نہ ہو تو حدقی تعاملات اور حرکاتِ چشم کی بیقاعدگیوں سے (بالخصوص استدقاق واقع نہ ہونے اور استدقاق کی کوشش کرنے پر تپلیوں کا انقباض واقع نہ ہونے سے) تشخیص کا فیصلہ سباتی التہاب دماغ کے حق میں ہو سکتا ہے۔

انذار۔ اگرنا تمام اصابتوں کو بھی نوٹ کیا جائے تو شرح اموات تقریباً ۲۰ فی صدی معلوم ہوتی ہے۔ اطلاعی اعداد کے نقشے (notification returns) نسبتہً بہت زیادہ شرحِ اموات ظاہر کرتے ہیں۔ اموات کی بڑی اکثریت بیماری کے پہلے تین ہفتوں میں واقع ہوتی ہے، اور اِس زمانہ کے بعد جہاں تک زندگی کا تعلق ہے انذار اچھا ہوتا ہے۔

منحوس علامات یہ ہیں :- بڑھتی ہوئی تپش (۱۰۲،۵ درجہ سے اوپر) ذہول کا گہرا ہوکر قوما ہو جانا، یا پُرشور ہذیان جس کے ساتھ وسیع عضلی جھٹکے ہوں (حاد عضلی رجفی قسم = acute myoclonic form)۔

جو اصابتیں شفایاب ہو جاتی ہیں، اُن میں عموماً مجمی اعصاب کے شلل نسبتہً جلد زائل ہو جاتے ہیں، اور اُن میں شاید تپلیوں کی عدم مساوات باقی رہ جاتی ہے جس کے ساتھ دوران توفیق میں تپلیوں کا انقباض سُست ہوتا ہے۔ سُباتِ حرکت کی کمزوری اور سستی کئی ہفتے جاری رہکر ممکن ہے کہ بتدریج شللِ اہتزازی کی سرسری مشابہت پیدا ہو جائے۔

ممکن ہے کہ اُس نوعیت کی علامتیں جن کو پہلے متاخر درجہ سے تعلق رکھنے والی علامتوں کی حیثیت سے بیان کیا گیا ہے آغاز مرض کے بعد دو یا تین سال تک نمودار ہوتی رہیں، لیکن بطور ایک کلیہ کے کہا جا سکتا ہے کہ ایک

ایسے مریض کے لئے جو ابتدائی حملہ سے شفا پا چکا ہو اور اُس کے بعد چھ ماہ تک تازہ علامات سے کلی طور پر مبرا رہا ہو، پھر کسی مزید شکایت میں مبتلا ہونے کا امکان نہیں ہوتا۔

متاخر علامات میں سے شلل اہتزازی والے گروہ میں آہستہ آہستہ ترقی پذیر ہونے کا رجحان ہوتا ہے۔ وہ بالآخر رک جاتی ہیں، اور ممکن ہے کہ خفیف سی اصلاح نظر آئے، مگر مریض بہت ازکار رفتہ ہوجاتا ہے۔ غیرارادی حرکات بتدریج (مہینوں میں) نمو یاب ہوکر اپنے عروج کو پہنچ جاتے ہیں، اور 710
ویسی ہی تدریج کے ساتھ کم ہوجاتے ہیں، اور اکثر اُن کے باقیات محض خفیف ہوتے ہیں۔ ذہنی تغیرات، بچوں اور بالغوں دونوں میں، بیشتر مستقل نوعیت کے معلوم ہوتے ہیں، اگرچہ اُن میں کسیقدر رفتہ ہوسکتا ہے۔

علاج۔ اِس مرض کا کوئی نوعی علاج نہیں ہے۔ یوروٹروپین (urotropin) اُس کے ممکنہ دافع عفونت فعل کی بنا پر پوری مقداروں میں دیجاسکتی ہے، اور جیسے جیسے کہ علامات پیدا ہوں ان کی طرف توجہ دینی چاہئے۔ بیشتر اصابتوں میں مریض کو غذا دینے کے لئے جگانا چاہئے، اور غذا اعلیٰ اور بآسانی تمثل پذیر قسم تک محدود رکھنی چاہئے، جس میں سیالات کی افراط ہو۔ کبھی کبھی ذہول اِسقدر گہرا ہوتا ہے کہ انبوبی غذا رسانی اختیار کرنی پڑتی ہے، اور قطع نظر ذہول کے اِس کی ضرورت عسر البلع کی وجہ سے بھی لاحق ہوسکتی ہے، جو لسانی بلعومی عصب کے شلل کے باعث پیدا ہوجاتا ہے۔ پسندیدہ طریقہ وہ ہے جو کہ انفی انبوبہ کے ذریعہ ہے، جس میں دودھ، پھینٹے ہوئے انڈوں، مالٹ، اور عرق نارنگی کی صورت میں بکثرت غذا دیجاسکتی ہے۔ مثانہ کی حالت پر احتیاط کے ساتھ نظر رکھنی چاہئے، کیونکہ احتباس بول لبریزی کے ساتھ واقع ہوسکتا ہے اور اِس میں غفلت کرنے سے التہاب مثانہ پیدا ہوجانے کا اندیشہ ہے۔ طویل اصابتوں میں عموماً بہت نحول کے ساتھ قروح الفراش پیدا ہوجانے کا احتمال ہے، چنانچہ اگر مرض کا مرطویل ہونے کا امکان ہو تو مریض کو آبی بستر پر رکھنا مناسب ہے۔ بےخوابی کے لئے، جو بعض اوقات ایک تکلیف دہ نتیجہ

ہوتا ہے، گرم غسل (سونے کے وقت سے ایک گھنٹہ پہلے) اور مختلف ادویہ کا استعمال کیا جا سکتا ہے، جن میں سے پیرا لڈیہائڈ (paraldehyde) پوری مقداروں میں اور ویرونال کے مرکبات (veronal compounds) مفید ترین ہیں۔ حاد درجہ میں تخفیف ہو جانے کے بعد جوارح کی کرختگی کے لئے حرکات مجہول روزانہ عمل میں لانے چاہئیں (بہتر ہے کہ گرم غسل کے بعد)۔

چونکہ ایک اندر ہی اندر سلگنے والی سرایت سے مزید علامات پیدا ہو جانے کا سخت خطرہ ہوتا ہے، لہٰذا جہاں کہیں ممکن ہو نقیہیت کو زیادہ طول دینا چاہئے، اور علامات کی ترقی موقوف ہو جانے کے بعد مریض کو ہدایت کر دینی چاہئے کہ چھ ماہ کے عرصہ تک اپنی سرگرمیوں کے پورے دائرہ کو اختیار کرنے سے محترز رہے۔ اس دوران میں دماغ اور جسم دونوں کے لئے باقاعدہ ورزش تجویز کر دینی چاہئے، لیکن یہ اسی حد تک ہو کہ جس سے تکان نہ ہونے پائے۔

متاخر درجوں کی پارکنسنی گروہ والی علامات کے علاج میں لفاح (belladonna) کے گروہ کی ادویہ بہت نفع بخش ہیں۔ ان کے اثر سے کرختگی کم ہو کر حرکت کی ممکنہ جولانی اور شرح زیادہ ہو جاتی ہے۔ اس کے لئے بڑی مقداروں کی ضرورت ہوتی ہے، اور نتیجہ کا انحصار بہت کچھ اس مقدار پر ہوتا ہے جو مریض سمّی علامات کے بغیر لے سکے۔ صبغۂ جوز ماثل (tinct. of stramonium) نہایت کارگر تجویز معلوم ہوتی ہے، اور ایک بالغ کی حالت میں ابتداءً اس کے ۵ اقطرے دن میں تین بار بعد غذا ½ اونس کلوروفارم واٹر میں ملا کر دینے چاہئیں۔ چند روز کے بعد یہ مقدار بڑھا کر ۲۰ قطرے کر دی جاتی ہے، اور اس کے بعد مماثل وقفوں کے بعد ۵ - ۵ قطرے بڑھا دئے جاتے ہیں، یہاں تک کہ مریض کی برداشت کی حد تک پہنچ جائیں، جو کہ توفیق میں کمزوری، منہ کی خشکی، اختلاج اور سرعتِ ضرباتِ قلب کی شکایت سے ظاہر ہو جاتی ہے۔ ان میں پہلی علامت عموماً سب سے پہلے ظاہر ہوتی ہے، اور ایسیرین سلفیٹ (eserine sulphate) کے ½ فی صدی محلول کے استعمال سے رفع ہو سکتی ہے، جس کا ایک

قطرہ ہر آنکھ میں روزانہ علی الصباح ٹپکا دینا چاہیئے - مُنہ کی خشکی میں ترشئی قطروں سے تسکین ہو سکتی ہے - اِس طرح مریض زیادہ مقدار کی معتاد یں جاری رکھنے کے قابل ہو سکتا ہے - ایک متبادل ترکیب یہ ہے کہ آمیزہ میں پائلو کارپین نائٹریٹ اس تناسب میں ملا دیا جائے کہ اس کا $\frac{1}{10}$ گرین صبغیۂ جوز ماثل (tincture of stramonium) کے ۳۰ قطروں میں موجود ہو - اگر ۴۰ قطرے دن میں تین بار لئے جا سکیں تو بہت کچھ فائدہ حاصل ہو سکتا ہے، چنانچہ ایک مریض جو اس دوا کے بغیر خود کھانا کھانے یا کپڑے پہننے کے قابل نہیں ہوتا، اِس دوا کی مدد سے اِن کاموں کو کرنے کے قابل ہو جاتا ہے - بدقسمتی سے یہ اثر دوا کے مسلسل استعمال سے زائل ہو جانے کا اِمکان رکھتا ہے، لیکن اس میں طوالت اس طرح حاصل کی جاتی ہے کہ ہر چھ ہفتوں میں ایک ہفتہ، یا ہفتہ میں ایک دن، اِس دوا کا استعمال ترک کر دیا جائے، اور اِس وقفہ میں لفاح کے مشتقات میں سے کسی کا استعمال نہ کیا جائے -

تحریز - وزارتِ صحت نے مندرجۂ ذیل امور کی سفارش کی ہے (سنہ ۱۹۲۲ء) :-

"جس مکان میں سُباتی التہاب دماغ کی کوئی واردات واقع ہو گئی ہو، یا اِس کے کسی مریض کا علاج کیا جا رہا ہو، اُس کے دوسرے مکینوں کو اطمینان دلا دینا چاہیئے کہ مرض کی قوت سرایت پست ہے، اور مریض سے ملنے جلنے میں بہت کم خطرہ ہے - اِس کے ساتھ ہی یہ بھی مناسب ہے کہ اِس قسم کا میل جول صرف اُسی حد تک ہونا چاہیئے جو مریض کی معقول نگہداشت اور تیمارداری کیلئے ضروری ہو، اور مریض کو ایک جُداگانہ کمرے میں علیحدہ رکھ دینا چاہیئے -

11 "ایک احتیاطی تدبیر یہ ہے کہ متاثر گھرانے کے ان بچوں کو جو مدرسے جاتے ہیں، مریض کی تفرید کے بعد سے تین ہفتے تک مدرسہ نہیں جانے دینا چاہیئے - دوسرے مکینوں کی نقل و حرکت میں روک ٹوک ضروری نہیں، بشرطیکہ اُن کا امتحان بار بار کیا جاتا ہو اور وہ تندرست رہیں - لیکن مریض کے پاس والوں کو دافعِ عفونت انفی رشاشات یا نظولات استعمال کرنے اور ایسے محلولات سے

حلق کا غرارہ کرنے کی ہدایت دینی چاہیئے جیسے کہ انفلوئنزا کے لئے تجویز کئے جاتے ہیں۔

"مثلاً مندرجۂ ذیل میں سے کوئی ایک :—

(۱) پرآکسائڈ آف ہائڈروجن (peroxide of hydrogen) کا ایک فی صدی محلول۔

(۲) پرمینگنیٹ آف پوٹاش کا محلول، ...۵ میں ۱ کی طاقت والا معمولی نمک (سوڈیم کلورائڈ) کے ۰٫۸ فی صدی محلول میں۔

(۳) لائکر سوڈی کلورنیٹی (liquor sodæ chlorinatæ)، ۰٫۵ فی صدی طاقت کا۔

"یہ محلولات حلق کے معمولی غراروں کے طور پر استعمال کئے جاسکتے ہیں یا نتھنوں کی راہ سے سُڑکے جاسکتے ہیں، یا ایک کارگر برش سے لگائے جاسکتے ہیں۔

"اگر سرایت زدہ گھرانے میں کوئی شخص خراش حلق یا ایسے دوسرے علامات میں مبتلا ہو جو مرض کے ناتمام حملہ پر دلالت کریں، تو اس کا علاج بھی اسی نقطۂ نظر سے کرنا چاہیئے اور حتی الامکان اسے شفا ہونے تک علیحدہ رکھ دینا چاہیئے۔

"مرض کے خاتمہ پر بیمار کے کمرے کی کامل تطہیر اور دفع عفونت ضروری ہے۔"

خراج دماغ

اصابتوں کی بڑی اکثریت میں بتلایا جاسکتا ہے کہ خراج ریم ساز عضویوں کی راست سرایت کا نتیجہ ہے۔ سب سے زیادہ عام سبب درمیانی گوش کا تقیحی التہاب (suppurative otitis media) ہوتا ہے۔ جبہی اور مصفاتی ہوائی جوفوں کی سرایت، اور کھوپری کے مُرکّب کسور کے بعد بھی دماغ کا پھوڑا پیدا ہوسکتا ہے۔ جوئے خون کی راہ سے بالواسطہ سرایت شاذ ہے، لیکن تقیح الدموی اصابتوں،

اور بالخصوص سینہ کے اندر مزمن تقیح کی اصابتوں (مثلاً شعبی تمدد = bronchiectasis' یا دُبیلہ = empyema) میں دماغ کا پھوڑا پیدا کر سکتی ہے۔ ان آخرالذکر اصابتوں میں پھوڑے کا سبب غالباً ایک سرایت زدہ علقہ کا علیحدہ ہو جانا اور دماغ میں پھنس جانا ہے۔

امراضیاتی منظر پھوڑے کی مدت کے لحاظ سے مختلف ہوتا ہے۔ پہلا درجہ حاد تقیحی التہابِ دماغ کا ہوتا ہے۔ یہ وسیع طور پر پھیل سکتا ہے، اور جب ایسا ہوتا ہے تو اس کا نتیجہ مہلک ہوتا ہے۔ اس حالت میں خراجی کہفہ کھردرا اور ناہموار پایا جاتا ہے اور گرد و پیش کے دماغی جرم میں ریمی درریزش ہوتی ہے۔ لیکن عموماً گرد و پیش کی بافتوں میں کافی تعامل واقع ہو کر ایک مقابلتہً سخت اور چکنی دیوار بن جاتی ہے، جو سرایتی عمل کے پھیلاؤ کو محدود کر دیتی ہے، اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ایک مزمن کیسہ بند خراج پیدا ہو جاتا ہے۔ درمیانی گوش سے پیدا ہو جانے والے پھوڑے عموماً یا تو دُمیغ میں یا صُدغی لختہ میں واقع ہوتے ہیں۔ دماغی خراج کے ہمراہ ایک برون جافی خراج موجود ہو سکتا ہے، یا ممکن ہے کہ اُم جافیہ اور سحایائے نحیف کے درمیان انضمامات ہوں، جن سے سرایت کا راستہ ظاہر ہوتا ہے، یا جیسا کہ بہت سی اصابتوں میں ہوتا ہے، ممکن ہے کہ پھوڑے پر کے سحایا تندرست معلوم ہوں اور داخلہ کے راستے کی کوئی شہادت موجود نہ ہو۔ نبقہ سبحیہ بیشتر اوقات ملنے والا عضویہ ہے، لیکن التہابِ گوش والی اصابتوں میں بعض اوقات عصیہ قولونی عمومی ملتا ہے، جس سے پیپ میں ایک مخصوص و ممیز بدبو پیدا ہو جاتی ہے۔ تقیح الدموی اصابتوں میں بعض اوقات نبقہ عنبیہ سبب ہوتا ہے۔

علامات۔ ان کا انحصار کچھ تو اس حالت کی سرایت رساں نوعیت پر ہوتا ہے، اور کچھ پھوڑے کے محل وقوع پر۔ التہابِ گوش سے پیدا ہو جانے والی اصابتوں میں ابتدائی علامات اکثر خفیف ہوتے ہیں اور درمیانی گوش کے تقیحی التہاب یا التہابِ حلمیہ (mastoiditis) کے دوران میں نظر انداز ہو جاتے ہیں۔ یہ علامات تپ اور دردِ سر ہیں، جن کے ساتھ اکثر قئے اور غنودگی

ہوتی ہے۔ اگر یہ تیتیجی عمل بے روک پھیلتا جاتا ہے تو علامات میں بہ سرعت ترقی ہوجاتی ہے، تپش بلند درجہ پر رہتی ہے، دُمیغی یا دماغی اِتلاف کے امارات نمودار ہوجاتے ہیں، اور مریض ایک یا دو ہفتے میں ہلاک ہوجاتا ہے۔ لیکن نسبتہً بہت زیادہ بار یہ ہوتا ہے کہ پھوڑا اکیسہ بند ہوجاتا ہے، ابتدائی علامات، جو ممکن ہے کہ خفیف رہے ہوں، زائل ہوجاتے ہیں، اور ایک مزمن خراج پیدا ہوجاتا ہے، جس کے علامات کا انحصار تقریباً تمامتر اُس کے محلّ و توزع پر ہوتا ہے۔ چنانچہ وہ مریض جسے ایک مزمن دماغی خراج ہے ممکن ہے ہفتوں یا مہینوں اپنا کام جاری رکھ سکے اور اِس کو چند ہی علامات ہوں اور وہ مخدوش طور پر بیمار بھی نہ نظر آئے۔

اِنفجاری یا انشقاقی نوعیت کا دردِ سر مزمن خراج کے ابتدائی درجوں کی ایک نہایت مستقل علامت ہے، لیکن ممکن ہے کہ یہ درد وقفوں کے ساتھ ہو۔ دُمیغی
خراج کسی جانب بھی ہو اُس کے اہم اَمارات حسب ذیل ہیں :۔ ضرر کی جانب 712
کو دیکھنے پر رقص مقلہ، اُسی جانب کے جوارح کی عدم ہم آہنگی جیسی کہ بالخصوص اصبعی انفی اصبعی امتحان سے ظاہر ہوتی ہے، اور چلنے میں اُسی جانب کو لڑکھڑانے کا رجحان۔ ایک ایمن شخص میں بائیں صدغی خراج کی حالت میں، جسے ایک نہایت اہم ممیز اَمارت ہے، جو لفظی نسیان کی شکل میں ہوتا ہے، چنانچہ محتاط امتحان سے ظاہر ہوگا کہ اگر مریض کے سامنے چند اشیاء رکھ دی جائیں تو اُن کا نام بتلانے کی کوشش میں کبھی کبھی اُسے صحیح لفظ یاد نہیں آتا۔

کسی ایک صدغی لختہ میں پھوڑا ہونے کے مزید امارات یہ ہیں :۔

مقابل جانب پر چہرے کے زیریں حصے میں کمزوری، اور استبصاری میدان میں نقص۔ آخر الذکر عموماً بالائی ربع دائرہ کے نقص کی صورت میں ہوتا ہے، جس کی وجہ یہ ہے کہ اشعاع بصری کا زیریں بنڈل اس جگہ جہاں وہ صدغی لختہ کے پچھلے حصے میں سے جاتا ہے ماؤف ہوجاتا ہے۔ جیسے جیسے یہ پھوڑا جسامت میں بڑھتا جاتا ہے، دروں جمجمی خراج کے امارات، دردِ سر، قئے، غنودگی اور بطؤ النبض زیادہ واضح ہوتے جاتے ہیں، اور اُذیمائے حلیمہ بصری نمایاں ہوجاتا ہے۔ بالعموم تپش طبعی یا تحت الطبعی رہتی ہے۔

دماغی نخاعی سیال پر زیادہ دباؤ ہو جاتا ہے' اور اس میں خلیوں کی معتدل زیادتی پائی جاتی ہے' جو خاص کر لمفی خلیوں کی اور نسبتہً کم تناسب میں کثیر الاشکال نواتی خلیوں کی کثرت کی وجہ سے ہوتی ہے' اور پروٹین بھی زیادہ ہو جاتا ہے۔ اِس سیال میں کثیر الاشکال خلیوں کی کسی بڑی تعداد کا ملنا اِس امر کی دلالت ہے کہ یا تو پھوڑا اُبطین کے اندر یا تحت العنکبوتی فصنا کے اندر ترشح کر رہا ہے۔

تشخیص۔ درمیانی گوش کے التہاب کے دوران میں' بالخصوص جبکہ اِس التہاب کے ساتھ حلمیہ کی سرایت (mastoid infection) بھی ایک پیچیدگی کے طور پر پیدا ہو گئی ہو' دماغی علامات کے نمودار ہونے سے ہمیشہ خراج کا سوال پیدا ہو جائے گا۔ لیکن اس کی شناخت دوسری پیچیدگیوں' جیسے کہ جانبی جوف کی علقیت (lateral sinus thrombosis)' بروں جافی خراج (extra dural abscess) اور التہاب سحایا' سے کرنی پڑتی ہے' جو علیحدہ پیدا ہو سکتے ہیں یا دماغی خراج کے ساتھ ہمزماں طور پر موجود ہو سکتے ہیں۔ مُخیخی اور صدغی لختہ کی متذکرہ بالا امارات کی محتاط تلاش ممکن ہے کہ اس سوال کا فیصلہ کر دے' مگر دائیں جانب کا صدغی خراج بالخصوص کم امارات پیدا کرتا ہے۔ نخاعی سیال کے امتحان سے مدد ملنا ممکن ہے' لیکن یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ قطنی کچوکے سے سرایت کے پھیلنے کا خطرہ ہے۔ لہٰذا اِس سیال کا فوراً امتحان کرنا چاہیئے' اور اگر شہادت مثبت ہو تو بلا مزید تاخیر جراحی عملیہ کر دینا چاہیئے۔ ممکن ہے کہ ایک مزمن خراج کی تشخیص میں بڑی مشکلات پیش آئیں۔ جب کسی ایسے شخص میں' جس کا کان بہہ رہا ہو' شدید درد سر کی مسلسل شکایت ہو تو پھوڑا ہونے کے امکان پر غور کرنا چاہیئے اور مریض کا امتحان اُس طریقہ سے کرنا چاہیئے جو پہلے بیان کیا گیا ہے۔ لیکن یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ مزمن سیلان الاذن ایک عام شکایت ہے جو دماغی آتشک یا دماغی سلعہ کے ساتھ ساتھ موجود ہو سکتی ہے۔

اِنذار۔ خراج کی تفریغ سے بہت سی اصابتوں کو شفا حاصل ہوئی ہے۔ جراحیات کی مدد کے بغیر شفا کی توقع نہیں ہو سکتی ہے۔

علاج۔ جب پھوڑے کی شناخت معقول یقین کے ساتھ ہو سکے'

اور اُس کے محلِ وقوع کا تعین ٹھیک ٹھیک ہو گیا ہو تو پیپ کو خارج کرنے کی کوشش کرنی چاہیئے۔

قطع نظر جراحی مداخلت کے، دماغ کے پھوڑے کا علاج خالصاً علاماتی ہونا چاہیئے۔ تخفیف درد کی کوشش مقامی دافع درد ادویہ کے استعمال سے، سر پر برف رکھنے اور ایسپرین (aspirin) یا مارفیا (morphia) سے کی جا سکتی ہے۔

دماغ کی کوفتگی

(cerebral contusion)

سر پر بلاواسطہ یا بالواسطہ تشدد ہونے سے جرمِ دماغ میں دریدگی اور کوفتگی واقع ہو سکتی ہے۔ دماغ کی ایسی مضرت رسیدگی اگرچہ عموماً جلد الراس یا جمجمہ کے بیرونی تضرر کی شہادت کے ساتھ پائی جاتی ہے، تاہم اِس کے بغیر بھی واقع ہو سکتی ہے۔ بہرحال ایک سرایت زدہ مرکب کسر (compound fracture) یا شریانی نزف ایسی پیچیدگیوں سے قطع نظر، اِس کے اہم علامات جمجمی مضرت رسیدگی کے نہیں بلکہ زیادہ تر دماغی مضرت رسیدگی کے ہوتے ہیں۔

امراضیات۔ تشریحی تغیرات جو آگے بیان کی جانے والی علامات کا بنیادی سبب ہیں، مہلک اصابتوں میں دماغ کے معائنہ سے مستنبط کئے جا سکتے ہیں۔ تضرر کی اصلی خصوصیت عروق شعریہ اور چھوٹی وریدوں کا انشقاق ہے، 713
جس سے خون کی وعابدری واقع ہو جاتی ہے۔ یہ متعدد نمشی نزفات کی شکل اختیار کر لیتی ہے، جو سارے دماغ میں منتشر ہوتے ہیں، یا نسبتہً بڑی وعابدریوں کی شکل اختیار کر لیتی ہے جو بلاواسطہ تضرر کی حالت میں عموماً نقطۂ تصادم یا نقطۂ ضربِ متقابل (contre coup) کے پاس واقع ہوتی ہیں۔ تضرر کے اِن بڑے رقبوں میں دماغی جرم اکثر اوقات اس خارج ہونے والے خون کی وجہ سے پھٹ کر پارہ پارہ ہو جاتا ہے۔ بالواسطہ تشدد سے صدغی اور جبہی لختوں کے اگلے قطب اور تحتانی سطح بالخصوص متضرر ہو جانے کا امکان رکھتے ہیں جس کی وجہ، جیسا کہ سب سے پہلے ہلٹن (Hilton) نے بتلایا، غالباً یہ ہے کہ اِن مقامات میں دماغی نخاعی

سیّال کا آبی پہلو غیر عمیق ہوتا ہے، اور دماغی قشرہ کی بے قاعدگیاں ہڈی کے مماثل ڈولوں کے ساتھ زیادہ قریبی طور پر لگی ہوئی ہوتی ہیں۔

علامات۔ اگر تضرر زیادہ شدید پہنچا ہے تو غالباً ارتجاج (یعنی حادثہ کے فی الفور بعد کامل بے ہوشی) کی سرگذشت پائی جائے گی۔ چونکہ ارتجاج کے علامات سریع الزوال دماغی عدم دمویت کے باعث ہوتے ہیں جس کے ساتھ ساخت کی کوئی مضرت رسیدگی نہیں ہوتی، لہٰذا وہ خود سریع الزوال ہوتے ہیں۔ دماغی عدم دمویت کی اِس ہیئت کے بعد ممکن ہے کہ اُذیما کی ہیئت ہو جس کا نتیجہ دردِ سر، قئے اور غنودگی ہوتی ہے، لیکن یہ علامات ایک سادہ ارتجاج کی حالت میں جس میں ساخت کی مضرت رسیدگی کی کوئی پیچیدگی نہیں ہوتی، ۲۴ گھنٹے ختم ہونے کے بعد غائب ہوجانے چاہئیں۔ اِس سے یہ لازم آتا ہے کہ دماغی اختلال کی ہر اس علامت کو جو اِس عرصہ کے بعد جاری رہے، عضوی مضرت رسیدگی سے منسوب کرنا چاہئے۔ یہ مضرت رسیدگی (قطع نظر سرایت اور سحائی نزف کے اِمکانات کے) دماغی کوفتگی پر مشتمل ہوگی جو تضرر کے وقت واقع ہوئی تھی۔

دماغی کوفتگی کے علامات، دو انتہاؤں کے درمیان اختلاف پذیر ہوتے ہیں، یعنی ایک انتہا پر مسلسل ذہول یا ہذیان کی حالت اور دوسری انتہا پر گاہے دردِ سر کا ہونا۔ لہٰذا، دماغی کوفتگی کے درجۂ اکبر اور درجۂ اصغر کے درمیان امتیاز کرنا سریری بیان کی غرض سے فائدہ مند ہے بشرطیکہ یہ یاد رکھا جائے کہ یہ خطِ امتیاز اختیاری ہے۔ سب سے زیادہ سہولت بخش طریقۂ امتیاز یہ ہے کہ اُن تمام اصابتوں کو جن میں تیرگیٔ شعور یا ذہول ظاہر ہو کوفتگیٔ اکبر کے زمرہ میں شامل کیا جائے، اور باقی ماندہ تمام اصابتوں کو کوفتگیٔ اصغر کے گروہ میں۔

کوفتگیٔ اکبر (major contusion)۔ اس میں تضرر تقریباً ہمیشہ ایسی نوعیت اور درجہ کا ہوتا ہے جس سے فوری ارتجاج ہوجاتا ہے۔ اِس کے بعد مریض کے حواس کسیقدر بجا ہوجاتے ہیں، لیکن بجائے اس کے کہ سریع اور کامل شفا ہو کر طبعی حالت عود کر آئے جو ایک سادہ ارتجاج کا ممیز خاصہ ہے، یہ پایا جاتا ہے کہ

مریض چوبیس گھنٹے کے خاتمہ پر کسی حد تک ذہنی تیرگی ظاہر کرتا ہے۔ ایک شدید اصابت میں یہ حالت ذہول تک پہنچے گی جس میں مریض کو عموماً بے ہوش بیان کیا جاتا ہے۔ تاہم وہ زوردار تہیج کی مجیبیت ظاہر کرے گا، جس میں اکثر خفگی کا مظاہرہ ہوگا، اور بالخصوص رات کے وقت اس کے شور و غل مچانے اور برانگیختہ ہونے کا امکان ہوتا ہے، اور ساتھ ہی اسے باصرہ اور سامعہ کے توہمات ہوتے ہیں۔ تپش اور شرح نبض عموماً زیادہ ہوجاتی ہے۔ یہ حالت جسے دماغی خراش یا ضربی ہذیان (traumatic delirium) کا نام دیا گیا ہے وسیع دماغی کوفتگی کی علامت ہے۔ نسبتہً خفیف اصابتوں میں ممکن ہے کہ تیرگی شعور ظاہر نہ ہو، تاوقتیکہ اس کے متعلق احتیاط کے ساتھ دریافت نہ کیا جائے۔ ممکن ہے کہ مریض کا برتاؤ معمولی ہو مگر وہ اپنے ماحول کے متعلق کامل طور پر باخبر نہیں ہوتا، اس دن کے واقعات کا حافظہ ناقص ہوتا ہے اور بعد میں معلوم ہوتا ہے کہ اسے اپنی بیماری کی اس ہیئت کی یاد نہیں ہوتی یا کم ہوتی ہے۔ مقامی دماغی مضرت رسیدگی کے طبیعی امارات اس سریری تصویر کی لازمی خصوصیت نہیں ہوتے، لیکن ایک شدید اصابت کے ابتدائی درجوں میں انعکاسی مجیبیت عموماً باسط ہوتی ہے۔ قطنی کچوکے سے ایسا سیال حاصل ہوتا ہے جو اوپری عروق کے انشقاق کے باعث اکثر خون آلود ہوتا ہے، اور بعض اوقات دباؤ کی زیادتی ظاہر کرتا ہے۔ شدید ترین اصابتوں میں ہذیان کی خستگی کے باعث یا نخاع مستطیل کے مرکزوں کی ماؤفیت کے باعث پہلے ہفتہ کے دوران میں موت واقع ہوجانا ممکن ہے۔ عام میلان شفایابی کے طرف ہوتا ہے، لیکن یہ اکثر نامکمل ہوتی ہے۔ ذہنی تنزل اتنے درجہ کا کہ جو ادارتی نگہداشت کی ضرورت لاحق کرے، نہایت غیر عام ہے (ملاحظہ ہو ذہنی امراض کی "عضوی تعاملی قسم" = "organic reaction type" صفحہ 769) لیکن خفیف تر تغیرات اکثر واضح ہوتے ہیں۔ یہ حافظہ اور اجتماع خیالات کے نقص، جذبات پر قابو کے فقدان، اور شخصیت میں تغیرات کی شکل اختیار کرتے ہیں۔ ممکن ہے کہ داء النفسی یا داء النفسی عصبانیتی نوعیت کے سابق رجحانات

تیز ہو جائیں، اور امتناع عام طور پر ناقص ہوتا ہے۔ درجۂ شفایابی کے دوسرے
714 علامات اُس قسم کا درد سر اور دوران سر ہیں، جو ابھی کوفتگیٔ اصغر کے ممیز خصائص کے طور پر بیان کئے جائیں گے۔ مناسب حالات میں ممکن ہے کہ ایک سال یا اٹھارہ ماہ تک اصلاح جاری رہے، لیکن راقم الحروف کے جمع کردہ تفرراتِ سر کے گروہ میں انتہائی نتائج کے تجزیہ سے ظاہر ہوا کہ کوفتگیٔ اکبر کے مریضوں میں سے وہ اشخاص جو حادثہ کے ایک سال کے بعد پورے کام پر واپس آئے ½ سے زائد نہ تھے۔

دماغ کی کوفتگیٔ اکبر کا علاج ابتدائی درجوں میں آرام و سکون ہے۔ محتاط تیمارداری ضروری چیز ہے۔ ابتدائی ہیجان کی روک تھام کیلئے مارفیا، یا مارفیا اور ہیاسین (hyoscine) کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ ازاں بعد کلورل (chloral) اور برومائڈ (bromide) اور پیرالڈی ھائڈ (paraldehyde) کا استعمال براہ دہن یا دُگنی مقداروں میں براہ مستقیم بہترین ہے، جس سے یہ غرض ہوتی ہے کہ ذہول پیدا کئے بغیر بے چینی اور ہیجان کی حتی الامکان روک تھام کی جائے۔ غذا دہی کی تنظیم مریض کے ذائقہ اور مقتضیاتِ وقت کے لحاظ سے کرنی چاہئے۔ الکحل سے پرہیز کرانا چاہئے۔ قطنی کچوکا انجام دینا چاہئے اور دماغی نخاعی سیال کا دباؤ ایک ضغط پیما کے ذریعہ ناپنا چاہئے۔ اگر یہ بلند ہو تو اتنا سیال نکال لینا چاہئے کہ جو دباؤ کو گرا کر درجۂ طبعی تک لے آئے (۱۲۰ ملی میٹر پانی کے)، مریض کو فولر (Fowler) کی وضع میں سہارا دے کر لیٹا دینا چاہئے، اور براہ دہن میگنیسم سلفیٹ اس حد تک دینا چاہئے کہ دست آنے لگیں، یا اسے براہ مستقیم ایک محلول کی صورت میں دینا چاہئے جس میں چھ اونس پانی میں تین اونس میگنیسیم سلفیٹ موجود ہو۔ تاہم بہت سی اصابتوں میں دباؤ طبعی پایا جاتا ہے۔ ان میں دماغی نخاعی سیال بالکل نہیں نکالنا چاہئے اور میگنیسیم سلفیٹ کے ذریعہ آب ربائی کرنا غیر ضروری ہے۔

درجۂ نقیہیت میں علاج وہی ہے جو کوفتگیٔ اصغر کے لئے ہوتا ہے۔

کوفتگی اصغر۔ اس زمرہ کے علامات ارتجاج کے علامات کے بعد واقع ہو سکتے ہیں، یا ممکن ہے کہ بلا کسی ایسی تمہید کے ایسے تضرر کے بعد واقع ہو جائیں جو ہرگز اُس وقت قابل اعتنا نہیں معلوم ہوا۔ علامات نمودار ہونے سے پہلے عموماً ایک یا دو دن کا وقفہ ہوتا ہے، جس کے دوران میں مریض سمجھتا ہے کہ وہ پیش آمدہ حادثہ سے کامل طور پر شفایاب ہو گیا ہے۔ خاص شکایات یہ ہوتے ہیں :۔ دردسر، چکر اور بلند تر دماغی افعال کا رک جانا جو فقدان اعتماد، معصوبیت، اور اجتماع خیالات میں دقت کی شکل میں ظاہر ہوتا ہے۔

دردسر دو قسموں کا ہو سکتا ہے۔ وہ جو سب سے زیادہ ممیز و مخصوص طرز کا ہوتا ہے، وقفہ دار تپک اور انفجاری درد ہے، جو کھانسنے، جھکنے یا زور لگانے سے، یا کسی غیر معمولی جسمانی یا دماغی جدوجہد سے پیدا ہو جاتا یا بڑھ جاتا ہے۔ یہ اکثر تضرر کے مقام سے یا نقطۂ ضرب متقابل سے منسوب کیا جاتا ہے، لیکن جبہی یا عمومی بھی ہو سکتا ہے۔ مریض سے سوال کیا جائے تو وہ اکثر وضع سے درد کا تعلق ہونے کا اعتراف کرے گا، اور بالعموم یہ دردسر مریض کی افقی وضع میں سب سے زیادہ تکلیف دہ ہوتا ہے۔ اس قسم کا دردسر اُس دردسر سے مشابہ ہوتا ہے جو دردن جمجمی دباؤ کی معلوم اماہتوں میں پایا جاتا ہے اور غالباً اسی سبب سے ہوتا ہے۔ دوسری قسم کے ساتھ ہمیشہ کوئی نہ کوئی ذہنی علامات ہوتے ہیں، جن کا بیان آگے آئے گا۔ اس کو درد کے نام کے بجائے زیادہ تر احساس تکلیف کے نام سے بیان کیا جاتا ہے (مثلاً دباؤ، گرمی یا سن پن کا احساس جو سَر کو گھیرے ہوئے ہے)؛ یہ مسلسل ہونے کے بجائے وقفہ دار ہوتا ہے، اور دماغی جدوجہد یا تکلیف سے زیادہ ہو جاتا ہے۔

ذہنی علامات یہ ہوتے ہیں :۔ قوائے عقلیہ کی سستی جس کی نہ صرف مریض شکایت کرتا ہے بلکہ جو اُس کی گفتگو اور افعال میں بھی نظر آتی ہے۔ تذبذب، بزدلی اور ناقص جذباتی قابو۔

چکر آنے کو عموماً ڈگمگانے کے عام احساس کی حیثیت سے بیان کیا

جاتا ہے، جس میں گرنے کا ڈر ہوتا ہے، اور جو سر مع الزوال ہوتا ہے اور جھکنے یا سر کی تیز حرکت سے پیدا ہو جاتا ہے۔

یہ ثلاثۂ علامات (جب یہ ایک ساتھ موجود ہوں) ایک ایسی سریری تصویر پیدا کر دیتا ہے جو بآسانی شناخت ہو جاتی ہے۔ لیکن یہ ممکن ہے کہ ان میں سے کسی ایک علامت کا غلبہ ہو۔ طبیعی اَمارات عموماً غیر موجود ہوتے ہیں، اگرچہ مختاما عصبیاتی امتحان پر کبھی کبھی باسط اخمصی بجیبیت (جس کا پہلے شبہ نہیں ہوا) غیر موجود شکمی معکوسہ یا رقصِ متقلہ پا یا جاتا ہے جو ماسکی مضرت رسیدگی کی شہادت بہم پہنچاتا ہے۔

معقول انصرام سے کوفتگیٔ اصغر کی بیشتر اصابتوں میں کلی شفا ہو جاتی ہے۔ ان کی اقلیت میں بعض علامات غیر متعین طور پر جاری رہتے ہیں، اور بیشِ تنفسی قسم کے درد سر کا امکان سب سے زیادہ ہٹیلا ہوتا ہے۔

کوفتگیٔ اصغر کے علاج میں طویل آرام اور معقول طور پر تدریجی تعقیبیت اہم نکات ہیں۔ پہلے مریض کو بستر میں لٹا دینا چاہیے۔ بیٹھی ہوئی وضع میں نظری اور عملی طور پر درون جمجمی دباؤ کم ہونے کا امکان ہوتا ہے، لیکن مریض کو 715
ترغیب دینی چاہیے کہ وہ اپنے لئے بہترین وضع خود تلاش کرلے۔

حتی الامکان تیز روشنی اور شور وغل نہ ہونے دینا چاہیے، ملاقاتیوں کی ممانعت اور قطعی خاموشی کی تاکید کر دینی چاہیے۔ تفریحی کتب بینی کی اجازت دی جا سکتی ہے اور تمباکو قابلِ منظوری ہے، لیکن الکحل ممنوع ہے۔ ارتخا پیدا کرنے کی غرض سے ایک آمیزہ، جس میں پوٹاس برومائڈ ۱۰ تا ۱۵ گرین شامل ہو، دن میں ۳ بار استعمال کرانا چاہیے اور مریض کو جھپکی لینے کی ترغیب دینا چاہیے۔ درد سر کے لئے حسب ضرورت اسپرین (aspirin) اور فیناسیٹین (phenacetin) اور بیخوابی کے لئے، اگر ضرورت ہو تو، میڈینال (medinal) ۵ تا ۱۰ گرین رات کے وقت دے سکتے ہیں۔ میگنیشیا سلفاس کی ضروری مقدار کے استعمال سے روزانہ نرم اجابتیں لانی چاہئیں۔ یہ حمیۃ (regime) جاری رکھنا چاہیے حتی کہ مریض کو تین چار دن تک درد سر نہ ہو۔ پھر اسے قدم بہ قدم بڑھ کر زیادہ آزادی

دینا چاہیئے، اِس طرح کہ پہلے پاخانہ اور غسل خانہ تک چل کر جانے کی اجازت دیں اور پھر دو دو دن کے وقفوں سے جسمانی اور ذہنی فعلیت کو بڑھاتے رہیں۔ دردِ سر یا بیخوابی ایسی علامات کا عکس اِس امر کا اشارہ ہے کہ ایک قدم پیچھے ہٹیں اور تقہیت کے راستہ پر از سرِ نو گامزن ہوں۔ بالخصوص آخری درجہ کا انصرام خوش اسلوبی کے ساتھ ہونا ضروری ہے اور کام پر واپس آنے سے پہلے مریض کو ایک تعطیل کی صورت میں اپنی ذہنی اور جسمانی قابلیت برداشت کو جانچنے کا موقع دینا چاہیئے۔ مرض کے ابتدائی درجوں میں مدت مرض کے متعلق پیشین گوئی ناممکن ہے، کیونکہ اس کا انحصار علاج کے نتائج پر ہونا چاہیئے۔

تفریقی تشخیص۔ دماغی کوفتگی کے علامات اُس کے آخری درجوں یا درجۂ اصغر میں تشویشی عصبانیت (anxiety neurosis) کے علامات سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں۔ "ضربی عصبی نہاکت" ("traumatic neurasthenia") کی اصطلاح اسی طرح ایجاد ہوئی ہے، اور اکثر اس کا اطلاق ہلکی ذہنی خرابی کی اُن تمام اصابتوں پر کیا جاتا ہے جو تضرر پہنچنے کے بعد پیدا ہو جائیں، اگرچہ عضوی اور دارالنفسی عصبی عناصر کے درمیان تفریق نہیں کی جاتی۔ لیکن یہ تفریق علاجی اور طبّی قانونی، دونوں نقطۂ نظر سے اہم ہے۔ سر اور جسم کے کسی دوسرے حصے کے حادثہ کے بعد ایک عصبانیت واقع ہو سکتی ہے جو بالعموم معاوضہ وصول کرنے کی غرض سے مرض کو آڑ بنانے کی خواہش سے پیدا ہوتی ہے۔ اِس کا علاج نفسی (psycho-therapy) ہونا چاہیئے، اور اُس کے معاوضہ کا تخمینہ ایک ایسی حالت کے طور پر کرنا چاہیئے جو کامل طور پر شفایاب ہو سکتی ہے۔ کوفتگی کے وہ ذہنی علامات جن کا انحصار عضوی دماغی مضرت رسیدگی پر ہو، مختلف علاج کے متقاضی ہوتے ہیں، علاوہ ازیں اِن سے مزدوری کمانے کی قابلیت میں بھی مستقل کمی واقع ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ طبیعی امارات کی غیر موجودگی میں تفریقی تشخیص بہت مشکل ہو۔

دماغی کوفتگی کی تائید امورِ ذیل سے ہوتی ہے: اجتماعِ خیالات میں معترضی دقت، حافظہ میں نقص، اور عقلی اعمال کی سستی۔ اس کے ساتھ کوفتگی کے

دوسرے ایسے علامات کا پایا جانا، جیسے کہ بیش تنشی قسم کا دردِ سر اور چکر آنا۔ تضرر کے بعد طویل عرصہ تک تیرگیٔ شعور ہونے کی سرگذشت۔ سب سے زیادہ دقت طلب وہ اصابتیں ہیں جن میں حقیقی دماغی کوفتگی کے علامات پر تشویشی عصبانیت کے علامات مستزاد ہوجاتے ہیں، جن کا ایک از کار رفتہ مزدور میں نمویاب ہوجانا ایک قدرتی امر ہے۔

رضیعی دماغی دوجانبی فالج

(infantile cerebral diplegia)

(رضیعی شنجی یا فالج 'infantile spastic
paraplegia = شنجی دوجانبی فالج = diplegia spastica'
پیدائشی شنجی یا فالج = 'congenital spastic
paraplegia = ولادتی شلل = birth palsy)۔

اس نام میں جوارح کی دوجانبی شنجی کمزوری کی وہ تمام اصابتیں شامل ہیں، جن کا مبدا دماغی ہو، اور جو شیرخواری یا ابتدائی طفلی کے زمانہ میں واقع ہوں۔

امراضیاتی اور سریری خصائص کے لحاظ سے اِن اصابتوں کو دو گروہوں میں مزید تقسیم کیا جاسکتا ہے (6)۔

پہلا گروہ اُن اصابتوں پر مشتمل ہے جن کے علامات دونوں دماغی نیم کروں کے ایسے اضرار سے پیدا ہوجاتے ہیں جو پیدایش کے وقت یا بعد میں تضرر یا سرایت کا نتیجہ ہوں۔ ایسے اسباب میں سے عام ترین سحائی یا دماغی نزفات ہیں جو پیدائشی تضرر کا نتیجہ ہوں، نیز حاد التہاب دماغ (ملاحظہ ہو صفحہ 780) ہے۔

ایسی مثالوں میں امتحان بعد الممات سے دماغ میں تضرر یا التہاب کا ثبوت ملتا ہے، جو مزمن اصابتوں میں سحائی انداب اور دُویری تکوین کی شکل میں ہوتا ہے، اور ساری مبدا والی اصابتوں میں گردوعروقی انداب کی شکل میں ہوتا ہے۔

ممکن ہے سرسری طور پر بہت سی اصابتوں میں تضرر یا سرایت کی کوئی متعین سرگذشت حاصل نہ ہو، لیکن پیدائش کے تھوڑے عرصہ بعد تشنجات کے سلسلہ کا وقوع سحائی نزف پر دلالت کرتا ہے، یا ممکن ہے کہ دوران شیرخواری میں ایک حاد حموی مرض کی سرگذشت پائی جائے۔

بالعموم علامات غیر تشاکل ہوتے ہیں، اور ایک جارحہ یا جسم کی ایک جانب دوسری کے نسبت زیادہ ماؤف ہوتی ہے۔ حقیقۃً شلل اکثر نظرانداز ہوجاتا ہے، اور اُس وقت معلوم ہوتا ہے جب کہ بچہ اُٹھ کر بیٹھنے، چلنے اور بولنے میں پھسڈی ثابت ہوتا ہے۔

ایسی اصابتوں میں مضرت رسیدگی ناقابل تلافی نوعیت کی ہوتی ہے، لیکن محتاط طور پر مرتب کردہ علاجی ورزشوں اور قواعد (drill) کے ذریعہ ان بچوں کے لئے بہت کچھ کیا جاسکتا ہے۔ تقریباً ہمیشہ کسیقدر ذہنی خرابی ہوتی ہے، جو لاعلاج ہے۔ تاہم یہ بچے اس سے بہت زیادہ تربیت پذیر ہوتے ہیں کہ جتنا بادی النظر میں سمجھا جاتا ہے، اور صبر کے ساتھ تربیت دی جائے تو وہ عموماً بیکار نہیں ثابت ہوتی۔

دوسرا گروہ دماغی دو جانبی فالج کی اصابتوں کی اکثریت سے بنتا ہے، اور اُن اصابتوں پر مشتمل ہے جن میں عموماً رحم کے اندر (لیکن بعض اوقات پیدائش کے بعد) فعل کرنے والے کسی مخفی اور غیر واضح سبب سے، قشری خلیوں کا نمو مسدود یا سُست ہوجاتا ہے۔

اس قسم کی شدید اصابت میں دماغ چھوٹا اور مذبول ہوتا ہے، اُسکی تجاویف چوڑی اور تلافیف جھُرّی دار ہوتی ہیں، اور اُسے بعض اوقات اخروٹ کے گودے سے تشبیہ دی جاتی ہے۔ خردبینی امتحان سے قشری عصبی خلیوں کی تعداد میں کمی پائی جاتی ہے جس کے ساتھ عصبی سریش کی ثانوی بیش بالیدگی ہوتی ہے۔ یہ عمل دونوں نیم کروں میں تشاکل ہوتا ہے اور بعض اوقات دُمیغ کو بھی شامل کرلیتا ہے۔ اکثر اوقات اعصاب بصری بھی انحطاط یافتہ ہوتے ہیں۔

سرسری طور پر ان اصابتوں کو شنجیت اور کمزوری کا حیرت انگیز تشاکل

ممتاز کرتا ہے۔ ممکن ہے کہ پیدائش کے وقت کوئی چیز نہ معلوم ہو، اگرچہ اکثر قبل از میعاد دست، یا معجّل و منع حمل کی سرگذشت پائی جاتی ہے، غالباً اس لئے کہ وہی سبب جو بچہ میں مرض پیدا کرتا ہے ماں کے میکانیہ تناسل (reproductive mechanism) کو بھی ماؤف کرتا ہے۔ پیدائش کے بعد ممکن ہے کہ بچہ کمزوری کے ساتھ دودھ چوسے، لیکن اکثر کوئی چیز نہیں معلوم ہوتی، یہاں تک کہ وہ جوارح زیرین کی اکڑ کی وجہ سے اُٹھ کر بیٹھنے میں پھسڈی اور چلنا سیکھنے میں سست پایا جاتا ہے۔ بالآخر حالت بہت کچھ ویسی ہی ہوتی ہے جیسی کہ بالغوں کے تشنجی یا فالج میں دیکھی جاتی ہے۔ جوارح بسط شدہ اور کرخت ہوتے ہیں، اور وتری جھٹکے بڑھے ہوئے اور اخمصی مجیبیت مستقل طور پر باسط ہوتی ہے۔ بعض اوقات عضلاتِ مقربہ کا تشنج انتہائی درجہ کا ہوتا ہے اور ٹانگیں ایک دوسری پر صلیبی شکل میں چڑھی ہوئی ہوتی ہیں، اور اس کے باوجود بچہ کسی نہ کسی طرح چل ہی لیتا ہے (متقاطع الساقین رفتار = crossed-leg progression)۔ بازو ٹانگوں کی طرح کبھی کرخت نہیں ہوتے اور ممکن ہے کہ بالکل غیر ماؤف رہیں یہ تصویر دُمیغی بے نسقی اور رقص منقلہ کے اضافہ سے پیچیدہ ہوسکتی ہے، اور ذبولِ عصب بصری اکثر واقع ہوجاتا ہے۔ ذہنی خرابی کسی حد تک عموماً موجود ہوتی ہے۔

خلقی مبداء رکھنے والی اصابتوں میں (اور یہ اکثریت میں ہوتی ہیں) اگرچہ بعض عصبی خلیات کا نمو رُک جاتا ہے، تاہم بعض خلیات میں یہ محض سست ہوجاتا ہے، اور علاجی ورزشوں اور باستقامت تربیت کے ذریعہ مناسب علاج کرنے سے معتدبہ اصلاح کی توقع کی جاسکتی ہے۔

علاج ۔ دونوں گروہوں کی اصابتوں میں علاج مماثل ہوتا ہے، یعنی قواعد (drill) اور ورزشیں باقاعدگی کے ساتھ ہوں اور تربیت کی مناسب تدابیر کیجائیں۔ تشوہات کا علاج دست درزی تجبیر اور جب ضرورت ہو تو ترشگافی کے ذریعہ کرنا چاہئے۔ دوسرے گروہ کی اصابتوں کا ایک قلیل تناسب آتشکی مبداء کا ہوتا ہے چنانچہ اس کا علاج اسی لحاظ سے ہونا چاہئے۔

خاندانی ملمنتی ابلہی (amaurotic family idiocy)

(مرض ٹے ساک = Tay-Sach's disease)۔ یہ زمانۂ شیر خواری کا ایک خاندانی مرض ہے، جو بالخصوص یہودی نسل میں ہوا کرتا ہے اور اِس کا انحصار شبکیہ اور سارے عصبی نظام میں عصبی خلیتوں کے مترقی انحطاط پر ہوتا ہے۔ ماؤف خلیے متورم ہو کر انحطاط یافتہ اور بالآخر جذب ہو جاتے ہیں۔ علامات عموماً زندگی کے پہلے سال کے اندر ہی شروع ہوتے ہیں، اور ذہنی کمزوری، تشنجات، تشنجی کمزوری اور بصارت کے فشل پر مشتمل ہوتے ہیں۔ چشم بینی تصویر ممیّز ہوتی ہے۔ شبکیتی انحطاط لطخہ کے مقام پر اعظم ہوتا ہے، اور مشیمیہ اُس کے آر پار اسی خطّے میں ایک شاہدانہ جیسے سرخ دھبّے کی طرح نظر آتا ہے۔ قرصِ بصری اوّلی ذبول ظاہر کرتا ہے۔ یہ مرض برابر ترقی کرتا ہے اور زمانۂ آغاز سے عموماً ایک سال 717
کے اندر مہلک خاتمہ کو پہنچتا ہے۔ آخری درجوں میں مشلول جوارح لجلجے ہو جاتے ہیں۔

دماغی لطخی انحطاط (cerebro-macular degeneration)

(مرض ٹے ساک کی طفولی قسم = juvenile form of Tay-Sach's disease)

(واٹ اسپائیل مے یَر کا مرض = Vogt Spielmeyer's disease)۔ یہ مرض ایک خاندانی حدوث رکھنے میں اور دماغ اور شبکیہ کے عصبی خلیتوں کے ہمزماں انحطاط پر منحصر ہونے میں خاندانی کُنتی ابلہی سے مشابہت رکھتا ہے۔ لیکن یہ عموماً غیر یہودی اقوام میں پایا جاتا ہے، اور اِس کا آغاز شیر خواری کی عمر کے بجائے زیادہ تر بچپن میں ہوتا ہے۔ چشم بینی منظر بھی کُنتی ابلہی کے منظر سے مختلف ہوتا ہے۔ ابتدائی ترین تغیّر لطخی رقبہ میں ایک سپید دائرہ ہوتا ہے جس کا حاشیہ سرخ ہوتا ہے۔ ازاں بعد اسی رقبہ میں دقیق سپید دھبّے اور لَون کے چھینٹے نمودار ہو کر فلفل نمکی منظر پیدا کر دیتے ہیں۔ اقراصِ بصری مومی شحوب ظاہر کرتے ہیں۔ شبکیہ کا انحطاط بالآخر وسیع طور پر پھیل جاتا ہے۔ سریری طور پر بصارت کا ترقی پذیر فشل اور اُس کے ساتھ ذہنی تنزل اور صرعی حملے واقع ہوتے ہیں، اور دماغی اور دُمیغی مرض کے طبیعی امارات ہوتے ہیں۔ مرض کی ترقی اس کے نسبت زیادہ سُست ہوتی ہے کہ جتنی کُنتی ابلہی میں ہوتی ہے،

لیکن موت عموماً پندرہ سال کی عمر سے پہلے واقع ہو جاتی ہے۔

عمر کہ جس میں حملۂ مرض ہوتا ہے، نیز چشم بینی منظر، اِس مرض کو خاندانی کمنتی ابلہی سے ممیز کرتا ہے۔ جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے، رضیعی دماغی دوجانبی فالج سے اِس کی شناخت، اِس کے علامات کی ترقی پذیر نوعیت اور شبکیتی ماؤفیت کی بنا پر کیجا سکتی ہے۔

شلڈری التہابِ دماغ (Schilder's encephalitis) (گرد محوری منتشر التہاب دماغ = encephalitis periaxialis diffusa)۔

یہ مرض ۱۹۱۲ء میں پہلے شلڈر نے بیان کیا، اگرچہ اِس کی ایک غیر شائع شدہ اصابت ۱۹۰۲ء میں کولیئر (Collier) نے نیشنل ہاسپٹل، کوئین اسکوئیر (National Hospital, Queen Square) میں بھی شناخت کی تھی۔ معلوم ہوتا ہے کہ کم از کم یہ اتنا ہی عام ہوتا ہے جتنے کہ ابھی بیان کئے ہوئے دو مرض، اور اِس سے بچوں اور نوعمر بالغوں میں مترقی دوجانبی فالج کی چند اصابتوں کی توجیہ ہوتی ہے۔ امراضیاتی نقطۂ نظر سے اِس کی ممیز خصوصیت دماغی نیم کروں کے سپید مادّے کا انحطاط ہے، جس سے صرف تحت القشری یا محرابی ریشے بچے رہتے ہیں۔ یہ انحطاط دماغ کے کسی بھی حصّے میں شروع ہو سکتا ہے اور عموماً متشاکل ہوتا ہے۔ اعصاب بصری کی ماؤفیت بھی شاذ نہیں۔ اِس انحطاط کا سبب اب تک واضح نہیں۔ بعض اصابتیں خاندانی حدوث کی بھی مرقوم ہیں۔

عمر جس پر حملۂ مرض ہوتا ہے مختلف ہوتی ہے، لیکن عموماً شیرخواری یا طفلی میں حملہ ہوتا ہے۔ علامات کا انحصار دماغ کے اُس حصّے پر ہوتا ہے جو بالخصوص ماؤف ہو۔ کئی مریضوں میں قذالی لختوں کی ماؤفیت کی وجہ سے بتدریج کوری پیدا ہو گئی جس کے ساتھ پتلیاں طبعی تعامل ظاہر کرتی رہیں اور قعرِ چشم طبعی حالت میں پایا گیا۔ ممکن ہے کہ صدغی لختوں کی دوجانبی ماؤفیت ترقی پذیر بہراپن، جداری لختوں کی ماؤفیت حِسّی فقدان، اور ہرمی ریشوں کی ماؤفیت دوچند نصفی فالج (double hemiplegia) پیدا کر دے۔ ذہنی تنزل سریری تصویر کا ایک حصّہ ہے، صرعی حملے واقع ہو سکتے ہیں اور اوّلی ذبول عصب بصری غیر عام نہیں۔

ترقیٔ مرض کی شرح مختلف ہوتی ہے، بلکہ ایک ہی خاندان میں مختلف ہوسکتی ہے۔ چنانچہ راقم الحروف نے ایک چھ سال کے لڑکے کی اصابت کا اندراج کیا ہے، جو آغازِ مرض سے ایک سال کے اندر فوت ہوگیا۔ ایک بہن، جس میں ابتدائی علامات شیرخواری کی عمر میں نمودار ہوئے، نابینا اور چوفالجی (quadriplegic) ہے، مگر بائیس سال کی عمر میں اب بھی زندہ ہے۔ ایک بھائی نے چار سال کی عمر سے اوّلی ذبولِ عصبِ بصری، صرع اور ذہنی تنزل ظاہر کرنا شروع کیا، لیکن اُس کے علامات چھ سال تک ایک حالت پر قایم رہے۔ اور پھر ترقی کرتے کرتے چودہ سال کی عمر میں مہلک انجام کا باعث ہوئے۔

دُمیغی ذبول
(cerebellar atrophy)

دُمیغ میں انحطاطی تغیرات متعدد سابق الذکر امراض میں واقع ہوسکتے ہیں، مثلاً شریانی صلابتی لینت (arteriosclerotic softening)، دماغی لطخی انحطاط (cerebro-macular degeneration) اور مرضِ شِلڈر (Schilder's disease) میں۔ لیکن اِن مثالوں میں دُمیغی اضرار دماغی مرض کے ہمراہ پائے جاتے ہیں۔ انحطاطی نوعیت کے بعض ایسے عوارض بھی ہیں جن میں دُمیغ اولی طور پر یا تنہا ماؤف ہوتا ہے۔ اِن میں سے جو نہایت واضح طور پر ممتاز ہیں درج ذیل کئے جاتے ہیں۔

ماری کی موروثی دُمیغی بے نسقی (Marie's heriditary cerebellar ataxia)۔ اِس مرض میں، جو ہمیشہ تو نہیں لیکن عموماً موروثی ہوتا ہے، علامات عام طور پر ابتدائی بالغ زندگی میں شروع ہوکر بتدریج ترقی پذیر ہوتے ہیں۔ وہ یہ ہیں:۔ بالائی اور زیرین جوارح کی عدم ہم آہنگی، لڑکھڑاتی چال، رقصِ مقلہ، مقطوع کلام، اور اصابتوں کی اکثریت میں ذبولِ عصبِ بصری۔ فریڈریک کی بے نسقی (Friedreich's ataxia) سے یہ مرض متعدد ذیل امور کی بنا پر ممتاز ہوتا ہے:۔ اس میں وتری جھٹکے محفوظ ہوتے ہیں، انعصی

718 مجیبیت ختم کُن ہوتی ہے، ذبول عصب بصری ہوتا ہے اور حملۂ مرض آخری عمر میں ہوتا ہے۔ اِن دونوں امراض کے درمیان برزخی قسمیں بھی بعض اوقات دیکھی جاتی ہیں، اور یہ ممکن ہے کہ وہ اسی گروہ سے تعلق رکھتی ہوں۔

پیرانہ دُمیغی ذبول (senile cerebellar atrophy)۔ یہ آخری ادھیڑ عمر یا بڑھاپے کا مرض ہے، اور اِس کی امراضیاتی خصوصیت دُمیغی قشرہ کا انحطاط ہے۔ یہ بالخصوص درمیانی لختہ کو ماؤف کرتا ہے۔ خلیاتِ پرکنجے اور اُنکے محوریے انحطاط یافتہ ہوکر جذب ہوجاتے ہیں، مگر دوسرے قشری عصبی خلیے کم ماؤف ہوتے ہیں۔

سریری طور پر یہ عارضہ چال کے لڑکھڑانے سے شروع ہوتا ہے، جو دُمیغی قسم کی، چکراتی ہوئی اور تمیچی ہوتی ہے۔ اِس درجہ میں اکثر اور کوئی بات نہیں معلوم ہوتی۔ جوں جوں مرض بتدریج ترقی کرتا ہے، جوارحِ زیرین کی عدم ہم آہنگی ایڑی گھٹنے والے امتحان کے ذریعہ ظاہر ہوسکتی ہے۔ بالائی جوارح بعد میں اور کم حد تک ماؤف ہوتے ہیں۔ آخری درجوں میں گفتگو متقطع اور مفرقع ہوتی ہے لیکن رقص متنقلہ کا موجود ہونا عام نہیں۔

تشخیص ابتدائی درجوں میں ہسٹیریا سے کرنی پڑتی ہے۔ آخری درجوں میں مترقی دُمیغی علامات اور مریض کی عمر یہ دونوں ایک ممیز سریری تصویر پیدا کردیتے ہیں۔

کبدی عدسی انحطاط

یہ ایک شاذ مرض ہے جس میں دماغ میں، اور خصوصاً عدسی نواتوں میں ترقی پذیر انحطاطی تغیرات واقع ہوتے ہیں، اور ساتھ ہی جگر میں کثیر البیوتات کبیت پائی جاتی ہے۔ مندرجہ اصابتوں میں سے تقریباً نصف میں یہ مرض خاندانی ہوا ہے۔ اس کے سبب کے متعلق کچھ معلوم نہیں ہے، لیکن یہ امر دلچسپی کا باعث ہے کہ مزمن مینگنیز تسمم (chronic manganese poisoning) جگر کی کبیت اور جسم مخطط میں انحطاطی تغیرات دونوں پیدا کرتا ہے۔ آغاز مرض بالعموم

بچپن میں یا نوجوانی میں ہوتا ہے۔ دماغی مرض کے علامات جوارح کے رعشہ اور کرختگی کی شکل اختیار کرتے ہیں جو اس قسم کے ہوتے ہیں جو کہ شلل اہتزازی (paralysis agitans) میں پائے جاتے ہیں۔ اس کے علاوہ کلام منقطع ہوتا ہے، اور کسیقدر ذہنی تنزل بھی پایا جاتا ہے۔ بعض اصابتوں میں جو کہ غالباً اسی گروہ سے تعلق رکھتی ہیں جن کی علامات ممکن ہے ایک مختلف شکل اختیار کریں، یعنی جوارح اور دھڑ میں مسلسل بل کھانے کی حرکات کی شکل (بل کھانے کا تشنج = torsion spasm)۔ کبدی ماؤفیت کے علامات غیر مستقر ہوتے ہیں، لیکن عصبی علالت کے دوران میں، یا بعض اوقات اس سے قبل جگر کی کلانی یرقان یا استسقاء بطنی پیدا ہو سکتے ہیں۔ مرض ترقی پذیر اور مہلک ہوتا ہے، لیکن اس کا عمر ممکن ہے حاد یا مزمن ہو اور چند ماہ سے لے کر کئی سال تک اختلاف پذیر ہوتا ہے۔ علاج محض علاماتی ہوتا ہے۔ سابقی التہاب دماغ کے آخری درجہ سے تشخیص کرنی پڑتی ہے، اور حموی علالت کی سرگذشت اور اس کے ساتھ دو نظری اور پتلیوں کی یا عینی حرکات کی بے قاعدگیاں خاص نکات ہیں جو کہ آخرالذکر تشخیص کے مؤید ہیں۔

شللِ اہتزازی۔ شللِ اضطرابی

(paralysis agitans)

(جنبشی شلل shaking palsy = ، مرضِ پارکِن سن

Parkinson's disease =)

کامل نمو یافتہ شکل میں، یہ مرض جوارح کے عضلات کے لئے وار انقباضات پر مشتمل ہوتا ہے، جن کے ساتھ کمزوری اور کرختگی بھی ہوتی ہے۔

اسباب۔ یہ مرض زیادہ عمر میں ہوتا ہے اور پینتالیس سال کی عمر سے پہلے شاذ ہی ہوتا ہے، اور اس کے برعکس گاہے پینسٹھ سال کی عمر کے بعد شروع ہوتا ہے۔ عورتوں کے نسبت مردوں میں یہ دگنا زیادہ ہوتا ہے۔ اس کے کسی معین سبب کا پتہ نہیں چلتا۔

امراضیات۔ حال کی تحقیقات سے ظاہر ہوا ہے کہ شللِ اہتزازی کے علامات دماغ کے بعض رقبوں کے اضرار سے پیدا ہو سکتے ہیں، اور یہ کہ یہ اضرار مختلف امراضیاتی اعمال کا نتیجہ ہو سکتے ہیں۔ ماؤف رقبوں کی صحیح صحیح مقامیت کسیقدر غیر یقینی ہے۔ ایک طرف تو یہ ہے کہ ایسے علامات جو کئی لحاظ سے شللِ اہتزازی کے علامات سے مشابہ ہوتے ہیں، عدسی نواتوں کے مترقی انحطاط کے ہمراہ دیکھے گئے ہیں (ملاحظہ ہو اوپر)، اور رامسی ہنٹ (Ramsy Hunt) کا دعویٰ ہے کہ اُس نے طفولی شللِ اہتزازی (juvenile paralysis agitans) کی تمثیلی اصابتوں میں کرۂ شاحب (globus pallidus) کے حرکی خلیوں میں ذبول دیکھا۔ لیکن برِاعظم یورپ کے بہت سے مشاہدین بتلاتے ہیں کہ اِس کے اہم ترین امراضیاتی مظاہر وہ تغیّرات ہیں جو وسطِ دماغ کے جِرمِ اسود (substantia
nigra) میں پیدا ہو جاتے ہیں۔ غالباً حقیقتِ حال یہ ہے کہ ہم بزون ہرمی 719
حرکی ریشوں کے ایک نظام کے ایسے عارضہ سے دوچار ہیں، جسمیں جسمِ مُضلّع اور وسطِ دماغ دونوں کے اندر کے خلوی موقف (cell-stations) اور عصبی رہگذریں اہم حصہ لیتی ہیں۔ امراضیاتی عمل کی نوعیت کے متعلق یہ ہے کہ اِس میں کوئی شک نہیں ہو سکتا کہ چند اصابتوں میں سُباتی التہابِ دماغ کا عقب سببِ مرض ہوتا ہے، بالخصوص اُن اصابتوں میں جو نوعمروں میں ہوتی ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 707)۔ مترقی عدسی انحطاط میں کہبتِ جگر کا لزوم اِس امر پر دلالت کرتا ہے کہ کوئی نامعلوم سمّی جزو عاملِ مرض کا اوّلی سبب ہے۔ اِس مرض کی عام قسم جو بوڑھے آدمیوں میں شروع ہوتی ہے، غالباً دماغ میں شریانی صلابتی تغیرات کے باعث ہو سکتی ہے، یا ایک ایسے نظامی انحطاط کے باعث ہو سکتی ہے جیسا کہ مترقی عضلی ذبول کے انحطاط میں دیکھا جاتا ہے۔ لیکن اِس کے متعلق بحالتِ موجودہ ہمیں کوئی یقینی علم نہیں ہے۔

علامات۔ بعض اصابتوں میں پہلی علامت رعشہ ہوتی ہے، جو اِس مرض کی وجہِ تسمیہ ہے۔ دوسری اصابتوں میں رعشہ کے وقوع سے پہلے کرختگی دیکھنے میں آتی ہے۔ لیکن بالآخر رعشہ اور کرختگی دونوں موجود ہوتے ہیں۔

رعشہ ۔ اول الذکر حالت میں دیکھا جاتا ہے کہ ضد متنازع عضلات کے لئے وار انقباض کے باعث ایک ہاتھ اور بازو میں رعشی حرکت ہوتی ہے۔ یہ حرکت ہاتھ میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتی ہے ۔ انگلیاں عموماً خمیدہ ہوتی ہیں اور انگوٹھا شہادت کی انگلی سے لگا ہوا ہوتا ہے ۔ انگلیوں اور انگوٹھے کی مسلسل خفیف خمیدگی اور بسط شدگی سے ایک ایسی حرکت پیدا ہو جاتی ہے جیسی کہ گولیاں بنانے میں ضروری ہوتی ہے ۔ کلائی اور کہنی کے جوڑوں میں بھی خمیدگی اور بسط شدگی کی ایسی ہی خفیف حرکتیں واقع ہوتی ہیں ۔ ایک بازو میں کچھ عرصہ تک رعشہ موجود ہونے کے بعد پھر عموماً وہ اسی جانب کی ٹانگ میں پھیل جاتا ہے اور پھر یکے بعد دیگرے مقابل جانب کے بازو اور ٹانگ میں ۔ ممکن ہے کہ دھڑ بھی ماؤف ہو جائے ، اگرچہ یہ کہنا ہمیشہ آسان نہیں ہے کہ اس کا کس قدر رعشہ ٹانگوں کی حرکات کے باعث ہوتا ہے ۔ اور بالآخر بعض اصابتوں میں سر کی خفیف سی حرکت ہوتی ہے ۔ کبھی کبھی جبڑے اور زبان تک کے عضلات ماؤف ہو جاتے ہیں ، لیکن چہرے کے عضلات شاذ ہی ماؤف ہوتے ہیں ۔ یہ حرکات اپنی وسعت میں مختلف ہوتے ہیں ۔ بہ لحاظِ سرعت یہ فی ثانیہ ۴ ½ تا ۲ ہوتے ہیں ۔ بالعموم یہ حرکات آرام کے دوران میں بھی جاری رہتے ہیں ۔ چنانچہ اگر مریض بازو کو گھٹنے کے سہارے سے رکھ کر بیٹھے تو ٹانگ اور ہاتھ اور بازو دونوں کی لرزش جاری رہے گی ۔ لیکن ابتدائی درجوں میں ممکن ہے کہ سہارا دینے سے رعشہ کچھ وقت کے لئے موقوف ہو جائے ، اور ترقی یافتہ اصابتوں میں جن میں کرختگی ہوتی ہے (جس کا بیان ابھی درج کیا جائے گا) ممکن ہے رعشہ صرف حرکت کرنے پر واقع ہو ۔ جارحہ کو مثبت کرنے کی ارادی جدوجہد سے بھی ممکن ہے کہ رعشہ کچھ وقت کے لئے موقوف ہو جائے ، اور نیند کی حالت میں تو وہ موقوف ہو ہی جاتا ہے ۔

کرختگی ۔ یہ اس کرختگی سے جو ہرمی اضرار کے بعد پیدا ہو جانے والی تشنجی حالتوں میں پائی جاتی ہے اس خصوص میں مختلف ہوتی ہے کہ یہ زیادہ یکساں طور پہ پھیلی ہوئی ہوتی ہے ، باسط اور خم کن دونوں گروہوں کو ماؤف کرتی ہے ،

اور حرکتِ مجہول کے مقابلہ میں زیادہ یکساں طور پر قایم رہتی ہے۔ جب یہ کرختگی پہلی علامت ہوتی ہے تو ممکن ہے کہ یہ دیکھا جائے کہ انگوٹھا اور انگشتِ شہادت بلا کسی رعشہ کے کرخت ہیں۔ کرختگی دوسرے حصوں میں پھیل جاتی ہے، اور ازاں بعد رعشہ نمودار ہوتا ہے۔ اس اصابت میں جس میں رعشہ ایک جارحہ میں شروع ہوا ہو، ممکن ہے کرختگی پہلے دوسرے جارحہ میں نمودار ہو جس میں ازاں بعد ارتعاش نمودار ہو جائے۔ عضلی کمزوری قوتِ گرفت کی کمی سے، اور مشقت کرنے پر تکان سے ظاہر ہوتی ہے، چنانچہ ابتدائی درجوں میں ممکن ہے کہ مثلاً ایک شخص اپنے کالر کے بٹن لگانے میں، اور ایک عورت اپنے بال سنوارنے میں دقت محسوس کرے۔ کرختگی ایک ممیز وضع پیدا کر دیتی ہے، جو اس وقت نہایت نمایاں ہوتی ہے جب کہ مریض کھڑا ہو۔ سر اور جسم سامنے کو جھکے ہوئے ہوتے ہیں، کہنیاں تقریباً زاویۂ قایمہ میں خمیدہ ہو کر پہلو سے قدرے دور واقع ہوتی ہیں، ہاتھ متذکرۂ بالا وضع میں ہوتے ہیں، اور ٹانگیں گھٹنوں پر قدرے خمیدہ ہوتی ہیں۔ کامل طور پر نمو یافتہ اصابتوں میں چال نہایت ممیز ہوتی ہے۔ مریض آہستہ اور صریح دقت کے ساتھ اپنی نشست سے اٹھتا ہے، اور اس کے پہلے قدم ہچکچاہٹ کے ساتھ پڑتے ہیں۔ لیکن جلد ہی اس کی حرکات تیز سے تیز تر ہو جاتی ہیں، ہر قدم کے ساتھ معلوم ہوتا ہے کہ وہ گرنے سے بچنے کی کوشش کر رہا ہے، اور بالآخر، تاوقتیکہ اسے روکا نہ جائے، ممکن ہے کہ وہ درحقیقت آگے کی طرف زمین پر گر ہی پڑے۔ بعض مریضوں کو اگر آہستہ سے پیچھے کی طرف دھکا دیا جائے تو وہ خود کو روک نہیں سکتے، اور پیچھے کی طرف مسلسل چلتے رہتے ہیں تاوقتیکہ کسی روک سے دوچار نہ ہوں یا گر نہ جائیں۔ آگے کے رجحان کو بیان کرنے کے لئے دسع و دسِ قدامی (festination & propulsion) کے اصطلاحات، اور پیچھے کے رجحان کے لئے دسع و دسِ خلفی (retropulsion & retrogression) کے اصطلاحات استعمال کئے گئے ہیں۔

720 وجہی عضلات کی کرختگی کی وجہ سے چہرہ پر ایک ممیز اور ثابت ہیئت پائی جاتی ہے (پارکنسنی چہرہ پوش: Parkinsonian mask) اور ممکن ہے کہ یہ

اس مرض کی ایک مقابلتہً ابتدائی علامت ہو۔ اسیطرح گفتار بھی پہلے سُست اور بعد میں تیز ہوسکتی ہے۔ وہ اکثر بلند ارتفاع کی یا موٹی اور کمزور ہوتی ہے۔ ورنہ کرختگی کے باعث تمام حرکات سُست ہونے کا رجحان رکھتے ہیں، مثلاً مریض وقت کے ساتھ مُڑتے ہیں۔ عضلات کا حد سے زائد فعل ان کو تیش پرورژہ نہیں کرتا، اور صرف متأخر اصابتوں میں جن میں طویل کرختگی ہوتی ہے عضلات میں کسی قدر ذبول ظاہر ہوتا ہے۔ معکوسات عموماً طبعی ہوتے ہیں۔ اکثر بعض موضوعی احساسات محسوس ہوتے ہیں، مثلاً وسیع مستمر درد، تکان کا احساس، یا بے چینی کا احساس، اور بالخصوص بڑی گرمی کا احساس، جس کے ساتھ اکثر بکثرت پسینہ آتا ہے۔ اور مریض کے گالوں کی تمتماہٹ سے وعاحرکی کمزوری ظاہر ہوتی ہے۔

تشخیص۔ جب رعشہ موجود ہو تو شللِ اہتزازی کی شناخت میں کوئی مشکل نہیں پیش آتی۔ پیرانہ رعشہ (senile tremor) کو اس سے سر کے ہمیشہ مرتعش رہنے کی بنا پر تمیز کیا جاتا ہے۔ نیز اس میں حرکتیں زیادہ لطیف ہوتی ہیں، اکثر دونوں ہاتھ ایک ساتھ ماؤف ہوتے ہیں، کرختگی نہیں ہوتی، اور یہ زیادہ عمر میں ہوتا ہے۔ منتشر صلابت (disseminated sclerosis) کا رعشہ ارادی قسم کا ہوتا ہے، اس کے ہمراہ کرختگی نہیں ہوتی ہے، اور اس کے ساتھ دیگر طبیعی امارات پائے جاتے ہیں۔ بالخصوص جب علامات ایک ہی طرف کے جوارح میں محدود ہوں تو ہرمی مبدا کے فالج نصفی سے مشابہت ہوتی ہے، لیکن اسے معکوسات کی تبدیلیوں کی غیر موجودگی کے باعث، اور چہرہ پوش نما بشرہ کی موجودگی کی وجہ سے (جو اگرچہ خفیف سا موجود بھی ہوتا ہے تو اکثر تمیز ہوتا ہے) خارج از بحث کیا جا سکتا ہے۔ خفیف دوجانبی فالج نصفی (double hemiplegia) کی اصابتوں کو بعض علامات اور ذہنی تغیرات کی بنا پر نیز معکوسات کی خفیف تبدیلیوں کی بنا پر شناخت کیا جا سکتا ہے۔

انذار۔ یہ مرض مزمن اور مترقی ہوتا ہے، تاہم اس کا قمر نہایت سُست ہوسکتا ہے، اور ایک جارحہ اور دوسرے جارحہ کی ماؤفیت کے درمیان

شاید دو یا تین سال گزر جاتے ہیں ۔ انتہائی اصابتوں میں یہ صرف قروح الفراش یا خستگی کی وجہ سے مہلک ہوتا ہے ۔ دوسری اصابتوں کا خاتمہ کسی بین رَو مرض (مثلاً پھیپھڑوں کے مرض) کی وجہ سے ہو جاتا ہے ۔

علاج ۔ اس مرض کے لئے کوئی علاج شافی نہیں ہے ۔ رعشہ کو مسکنات مثلاً برومائیڈ اور لیومینال (luminal) کے ذریعہ کسی حد تک قابو میں لایا جا سکتا ہے ۔ کرختگی لفاح کے گروہ کی ادویہ سے کسی حد تک اثر پذیر ہے، اور ان میں سے صبغیۂ جوز ماثل (tr. stramonii) بالعموم سب سے عمدہ ہوتا ہے ۔ اس کو ۲۰ قطرے کی معتاد میں دن میں تین مرتبہ دینا چاہیئے، اور اس معتاد کو ۵ قطرے روزانہ بڑھاتے ہوئے مریض کی حد برداشت تک لیجانا چاہیئے، جو کہ منہ کی خشکی یا اشتباہ رؤیت و توفیق کے شکل سے ظاہر ہوتی ہے ۔ جو مریض ۴۰ تا ۶۰ قطرے روزانہ تین مرتبہ لے سکے، بسا اوقات اس کو بہت تسکین ہوتی ہے ۔ ان مریضوں کیلئے جو ایسی خوراکیں نہ لے سکیں، پائلوکارپین نائٹریٹ دوا میں اس تناسب سے ملانا کہ اس کا ۱/۲ گرین صبغیۂ جوز ماثل کے ۲۰ قطرات میں ہو، مفید ہوتا ہے ۔

جب جوز ماثل کی انسب معتاد تک ایک مرتبہ پہنچ جائیں، تو پھر اس کو جاری رکھنا چاہیئے، لیکن باقاعدہ اور مسلسل استعمال سے اس کا اچھا اثر بسا اوقات زائل ہو جاتا ہے، گو کہ اس کا اندیشہ اس طرح دور کیا جا سکتا ہے کہ کبھی کبھی یعنی چھ ہفتے میں ایک ہفتہ دوا کو حذف کر دیا جائے ۔ ہائسین ہائڈرو برومائڈ (hyoscine hydrobromide) کو ۱/۲۰۰ تا ۱/۱۰۰ کی خوراک میں بذریعہ زیر جلدی اشراب دینا خاص اغراض کے لئے جوز ماثل کا مفید مساعد ہو سکتا ہے، مثلاً مریض کو کسی کاروبار یا مجلسی تقریب میں حصہ لینے کے قابل بنانے کے لئے یا اس میں وہ جسمانی ارتخا پیدا کرنے کے لئے جو نیند لانے کے لئے ضروری ہے ۔

اگر مریض ایسی طرز زندگی اختیار کر لے کہ کپڑے پہننے اتارنے وغیرہ میں اس کو کوئی امداد حاصل ہو جائے تاکہ وہ دوسرے مشاغل کے لئے اپنی توانائیوں کو محفوظ رکھ سکے، تو اس سے بہت کچھ فائدہ حاصل ہوتا ہے ۔ تکان کا اثر ہمیشہ برا ہوتا ہے ۔ دلک اور مجہول حرکات عضلی وظیفہ میں اصلاح کرنے

کے لئے، اور اکثر کے اِس احساس کو تسکین دینے کے لئے جو کہ اکثر بہت ہی تکلیف کا باعث ہوتا ہے مفید ہوتی ہیں۔ ایسے مریض کی حالت میں جو اس مرض سے سخت ماؤف ہو، جوارح کو تاننے کے حرکات اور جسم کی وضع میں تبدیلیاں جن کو ممرضہ یا رشتہ دار آدھ آدھ گھنٹہ کے باقاعدہ وقفوں سے انجام دیں بہت ہی تسکین دیتی ہیں۔ امداد کے ساتھ چلنے کی ورزشیں کرنے کے لئے مریض کی حوصلہ افزائی کی جاتی ہے۔ کار (car) یا آمنی بس (omnibus) کی سواری کرنے سے بسا اوقات جسمانی راحت کا احساس ہوتا ہے غالباً اس لئے کہ ایسا کرنے سے شاید بار بار وضع کی خفیف تبدیلیاں کرنی پڑتی ہیں۔

سلعات دماغ 721

(tumours of the brain)

درون جمجی نوما یے (intracranial neoplasms) (بشمولیت سرایت رساں اریکی سلعات کے) امراض دماغ میں سے مقابلتہً کثیر الوقوع ہیں۔ اپنی بالیدگی کے ابتدائی درجوں میں ممکن ہے کہ یا تو یہ بالکل کوئی علامت پیدا ہی نہ کریں، یا ایسے امارات پیدا کر دیں کہ تاوقتیکہ طبیب نہایت غور و احتیاط کے ساتھ انکی تفتیش نہ کر لے، کامیاب تشخیص ممکن نہ ہو۔ لیکن ابتدائی درجوں کے زمانہ میں ہی جراحی عملیہ تخفیف مرض یا شفا کا بہترین موقع پیش کرتا ہے۔ آخری درجوں میں پیدا ہونے والے علامات بالعموم بہ آسانی شناخت ہو سکتے ہیں، لیکن جہاں تک جراحی علاج کا تعلق ہے اِن درجوں میں انذار نسبتہً زیادہ یاس انگیز ہوتا ہے۔

اسباب۔ آتشک اور تدرّن اریکی سلعات کی توجیہ کرتے ہیں۔ سلعہ کی اصابتوں کی کچھ تعداد میں سر کے ماسبق تضرر کی سرگذشت پائی جاتی ہے، لیکن اُس کا سببی تعلق مشتبہ ہے۔ کیسیتی دُودیرے (hydatid cysts) اور دُنبالی دُودیرہ (cysticercus) گاہے دماغی سلعات کی حیثیت اختیار کر لیتے ہیں۔

مرضی تشریح۔ درون جمجی سلعات کے تھوڑے تناسب کا سبب

درنی سلعات (tuberculomas) ہیں۔ جو کشنگ (Cushing) کی مصدقہ ۲۰۰۰ اصابتوں کے سلسلہ میں ۲ فی صدی سے کم تھے۔ بچوں اور نوجوانوں کے سوا وہ شاذ ہی دوسروں میں ملتے ہیں، اور خیمہ کے نیچے اکثر سے تین گنا زیادہ عام ہیں کہ جتنے خیمہ کے اوپر۔ وہ دماغی جرم کے اندر گلو بچہ نما تودوں کی شکل میں ہوتے ہیں، اور قطر میں ½ انچ سے لے کر ۲ یا ۳ انچ ہو سکتے ہیں۔ اِن تودوں میں زرد جُبنی مادہ کا ایک اندرونی قلب ہوتا ہے جس کے گرد پیازی مائل بادی رنگ اور کثیف قوام کا ایک بیرونی تنگ منطقہ ہوتا ہے۔ یہ تودے اپنے مہاد سے بہ آسانی علیحدہ کیے جا سکتے ہیں۔ اربکی سلعہ کی دیواریں سے لی ہوئی تراشوں میں خردبینی امتحان سے درنی عصیتوں (tubercle bacilli) کی موجودگی ظاہر ہوتی ہے، لیکن نمرتی خلیوں کے مخصوص و ممیز نظامات اکثر اوقات غیر موجود ہوتے ہیں۔ سلعہ درنیہ کے جراحی استیصال کے بعد تقریباً ہمیشہ درنی التہاب سحایا سے موت واقع ہو جاتی ہے۔

محدود المقام صمغیے (gummas) نسبتہً نادر ہوتے ہیں، یعنے تمام درون جمجمی نومایوں میں یہ تقریباً ایک فی صدی ہوتے ہیں۔ یہ ہمیشہ جھلیوں کے تعلق میں پیدا ہوتے ہیں، اور اسی واسطے عموماً دماغ کی سطح پر واقع ہوتے ہیں۔ لیکن ممکن ہے کہ یہ مرکزی حصوں میں سے کسی حصے میں پائے جائیں اور اس صورت میں یہ اُم حنونہ کے کسی عمیق دہراؤ سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ یا تو ٹوٹ پھوٹ کر مرکز میں جُبنی ہو جانے کا رجحان رکھتے ہیں، یا سخت لیفی تودوں کی شکل اختیار کر لینے کا رجحان رکھتے ہیں۔

کیسیتی دُویرے (hydatid cysts) اور دنبالی دُویرۂ خلوی (cysticercus cellulosæ) نادر چیزیں ہیں جن کو بتفصیل بیان کرنے کی ضرورت نہیں۔ کیسیتی دُویرے نہایت بڑی جسامت حاصل کر کے ایک بڑے دماغی سلعہ کے امارات پیدا کر سکتے ہیں۔ دنبالی دویرۂ خلوی (cysticercus cellulosæ) کی رسولیاں عموماً چھوٹی اور متعدد ہوتی ہیں، اور دماغی جرم کے اندر ملنے کے علاوہ بطینوں کے اندر آزادانہ بھی پائی جا سکتی ہیں۔

سریشی سلعہ۔ حقیقی دروں حجمی نوبالیوں میں سب سے زیادہ عام سریشی سلعے (gliomas) ہیں جو جملہ تعداد کی ۴۰ فی صدی سے زائد ہوتے ہیں۔ یہ امر مدت سے تسلیم کیا گیا ہے کہ ان سلعات کی شرح بالیدگی نسیجیاتی منظر، سنّ حدوث، اور پسندیدہ محل و قوع اختلاف پذیر ہوتا ہے، اور حال ہی میں کئی کوششیں کی گئی ہیں کہ ان تمام خصوصیات کو مدنظر رکھتے ہوئے ایک صحیح اصطفاف کیا جائے۔ پختہ عصبی سریش میں خلیات کی تین بڑی قسمیں ہیں جو کہ اولین عصبی انبوبہ کے بروں ادمہ سے ماخوذ ہیں اور وہ یہ ہیں:۔ بن غلیفی خلیات (ependymal cells) جو کہ بطینوں اور نخاع کی مرکزی قنال کا استر بناتے ہیں، نجم خلیات (astrocytes) جو کہ دماغ اور نخاع کا خاص ڈھانچہ بناتے ہیں، اور قلیل الشجریہ سریش (oligodendroglia) جو کہ چھوٹے گول خلیات ہیں جو عصبی ریشوں کے درمیان اور عصبی خلیات کے گرد اگرد بہت بڑی تعداد میں پائے جاتے ہیں، اور ممکن ہے مائلین (myelin) کے تغذیہ میں کچھ حصہ لیتے ہوں۔ ان بروں اَدمی ماخوذات کے علاوہ، کوچک سریش (microglia) کے خلیات ہیں جو میاں اَدمی اصل رکھتے ہیں اور خلیات آکلہ کا فعل انجام دیتے ہیں۔ یہ سلعات پیدا نہیں کرتے، اور یہاں ان کا ذکر اسلئے کیا گیا ہے تاکہ عصبی سریشی نظام کو تفصیل کے ساتھ بیان کیا جائے۔ بن غلیفی خلیات، نجم خلیات، اور قلیل الشجریہ سریش، مضغہ میں زیادہ اولین قسم کے خلیات سے ماخوذ ہیں، جن کو اسفنج ناهضات اور لیت ناهضات کہتے ہیں۔ ان تمام قسموں کے خلیات کے سلعات پائے جاتے ہیں، اور بہت سے درمیانی نوعیت کے بھی۔ جیسا کہ نوبالیدوں میں عام طور پر ہوتا ہے، وہ نوبالیدیں جن میں مضغی قسم کا خلیہ ہوتا ہے سب سے زیادہ سرعت کے ساتھ نشو و نما پاتی اور سب سے زیادہ حملہ کن ہوتی ہیں، اور وہ نوبالیدیں جن میں خلیات اچھی طرح متفرق ہوتے ہیں سب سے کم ایسی ہوتی ہیں۔

سریشی سلعات اگرچہ ان معنوں میں خبیث سلعات ہیں کہ وہ کینہ نابند اور حملہ کن ہیں، لیکن نہ تو وہ ام جافیہ کو چھیدتے ہیں، اور نہ مرکزی نظام عصبی کے 722

باہر سروجات پیدا کرتے ہیں۔ اسفنج ناھضی سلعہ، سریشی سلعہ کی عام ترین قسموں میں سے ہے، اور ممیز طور پر یہ سلعہ ادھیڑ عمر میں دماغی نیم کروں یا جسم ثفنیہ میں واقع ہوتا ہے۔ خالی آنکھ کو یہ سلعات سرخی مائل، لحمی تودے نظر آتے ہیں، جن کا حاشیہ خاصا اچھی طرح واضح ہوتا ہے۔ وہ نہایت ہی عروقی ہوتے ہیں، اور بسا اوقات ان میں نزفات، دویرات، اور تنخر کے رقبہ جات پائے جاتے ہیں۔ وہ بہ سرعت نشو و نما پاتے ہیں، اور جراحی ان پر بہت کم اثر رکھتی ہے۔ خرد بین سے دیکھا جائے تو وہ نسبتہً غیر متفرق گول یا بیضوی خلیا پر مشتمل ہوتے ہیں، جن میں کوئی خاص ترتیب نہیں ہوتی۔

لب ناھضی سلعہ بھی نسبتہً غیر متفرق خلیات کا بنا ہوتا ہے، جو گول، اور گلچھوں کی شکل میں مرتب ہوتے ہیں، اور یہ حقیقت میں ایک ایسا سلعہ ہے جو زندگی کے پہلے عشرہ میں نمو یاب ہوتا ہے، اور دیمغ یا چوتھے بطین کی چھت میں واقع ہوتا ہے۔ کشنگ (Cushing) کے سلسلہ میں یہ تمام مصدقہ سریشی سلعات میں سے ۱۰ فی صدی کی توجیہ کرتا تھا۔ اسفنج ناھضی سلعہ کی طرح یہ بھی عروقی ہے، سرعت سے نشو و نما پاتا ہے، اور ناقابل استیصال ہے۔ سریشی سلعات میں صرف یہی ایک ہے جو کہ حنونی عنکبوتیہ پر حملہ آور ہوتا ہے، اور ممکن ہے پوری تحت العنکبوتی فضا میں اپنی تخم ریزی کر دے۔

بر غلیفی سلعہ، سریشی سلعہ کی ایک شاذ قسم ہے، اور یہ بھی چوتھے بطین کی چھت کے سوا شاذ ہی کہیں ملتا ہے۔ بالعموم یہ بچوں میں یا نو عمر بالغوں میں ملتا ہے، ممکن ہے اس کا نشو و نما سست ہو، اور یہ قابل استیصال ہے۔ تاہم اس کا محل وقوع ایسا ہے کہ عملیہ کرنا خطرناک ہے، اور کشنگ کے سلسلہ سے معلوم ہوتا ہے کہ جب کلی استیصال کا اقدام کیا جائے تو مریضوں کی شرح اموات ۳۱.۳ فی صدی ہوتی ہے۔

نجم خلوی سلعہ ایک عام سلعہ ہے، جو اسی کثرت سے واقع ہوتا ہے کہ جیسے اسفنج ناھضی سلعہ، اور یہ دونوں سلعات مل کر تمام سریشی سلعات کی ۶۰ فی صدی ہوتے ہیں۔ نجم خلوی سلعہ خالی آنکھ کو کثیف قوام کا ایک سفید دررینر سلعہ

معلوم ہوتا ہے ۔ یہ دماغ اور دمیغ دونوں میں واقع ہوتا ہے ۔ اول الذکر مقام پر یہ بالغوں میں ملتا ہے ۔ دمیغ میں نہایت ممیز طور پر یہ بچپن اور ابتدائی نوجوانی کا سلعہ ہے، اور بسا اوقات یہ ایک دویرہ کی شکل اختیار کرتا ہے جس میں بالیدگی جداری گرہک موجود ہو۔ سلعہ کا نشوونما سست ہوتا ہے، اور دمیغ میں اس کا جراحی استیصال خاص طور پر ممکن ہے ۔ کشنگ کے تازہ ترین سلسلہ میں دمیغی عملیہ سے مریضوں کی شرح اموات ۴ر۳ فی صدی ہے ۔

قلیل الشجریہ سریشی سلعہ ایک شاذ سلعہ ہے جس کا نشوونما سست ہوتا ہے اور جس میں تکلس کا خاص رجحان پایا جاتا ہے ۔ یہ دماغی نیم کروں میں بالغوں میں پایا جاتا ہے ۔ اس کا استیصال بسا اوقات کامیابی کے ساتھ کیا گیا ہے ۔

سحائی سلعہ (meningioma) یعنی جافی دروں جلدی سلعہ (dural endothelioma) ۔ سریشی سلعہ کے بعد دوسرے درجہ پر سب سے زیادہ عام سلعہ، نام نہاد سحائی سلعہ یعنی جافی دروں جلدی سلعہ (کشنگ کے سلسلہ میں تمام سلعات میں سے ۴ر۱۳ فی صدی ہے ۔ یہ سلعات ہر عمر میں ہو سکتے ہیں لیکن پایا گیا ہے کہ یہ تیس اور چالیس سال کی عمروں کے درمیان نہایت عام طور پر علامات پیدا کر دیتے ہیں ۔ خیمہ کے نیچے یہ شاذ ہی ملتے ہیں ۔ بظاہر یہ ام جافیہ کی اندرونی سطح پر عنکبوتی خلیات سے نکلتے ہیں، اور حقیقت میں سست نشوونما والے سلیم قسم کے کیسہ بند سلعات ہیں ۔ یہ جسامت میں ایک مٹر سے لے کر ایک طنجیری نارنگی کے برابر، شکل میں کم و بیش کروی، گرہکدار، اور معتدل طور پر سخت قوام کے ہوتے ہیں ۔ ام جافیہ کے ساتھ ان کا تعلق وسیع ہو سکتا ہے، یا یہ ایک مقابلتہً تنگ ڈنڈی کے ذریعہ سے اس کے ساتھ اپنی چسپیدگی قایم رکھتے ہیں ۔ یہ قدرتی طور پر دماغ کی سطح پر واقع ہوتے ہیں، جو رسولی سے مضغوط ہو جاتی ہے، گروہ بالیدہ جو مخل دماغ سے پیدا ہو دماغی نیم کرہ کے اندر اس کے وسطانی رُخ میں اس طرح مدفون ہو جاتی ہے کہ جانبی سطح کے نیچے ایک تحت القشری تودے کی طرح نظر آنے لگتی ہے ۔ ام جافیہ کے ساتھ چسپیدگی کے نقطہ پر یہ رسولیاں متکلس بلکہ متعظم ہو سکتی ہیں، یا ممکن ہے کہ باہر کے طرف بڑھ کر کھوپری کی ہڈیوں کو کھا جائیں ۔ کبھی کبھی یہ متعدد ہوتی ہیں، اور ان کے

ہمراہ عصبی جڑوں کی متعدد رسولیاں پائی جاتی ہیں۔ خرد بینی حیثیت سے یہ بڑے اور بیضوی نواتوں والے نکلہ نما گنجان ٹھسے ہوئے خلیوں پر مشتمل ہوتی ہیں' جو مدوّری ترتیب میں مرتب ہونے کا رجحان رکھتے ہیں اور اتصالی بافت کے ہیکل کے سہارے پر ٹکے ہوتے ہیں۔ اِن مدورات کے مرکزوں میں اکثر اوقات زجاجی انحطاط اور تکلیس واقع ہوجاتی ہے' اور پھر اِنھیں ریلی سلعی اجسام (psammoma bodies) کہتے ہیں۔ مماثل قسم کی رسولیاں غشائے عنکبوتی سے پیدا ہو سکتی ہیں۔ سحائی سلعات کا جرّاحی استیصال بدیہی طور پر ممکن ہے' لیکن نزف

723 کی وجہ سے عملیہ خطرناک ہے۔ کشنگ کے حالیہ اعداد میں مریضوں کی شرح اموات ۶٫۱۱ فی صدی ہے۔

کثرت وقوع کے لحاظ سے اگلا سلعہ (۷٫۸ فی صدی) وہ ہے جو کہ سمعی یا عصب طشتہم کا سلعہ کہلاتا ہے۔ جیسا کہ اُس کے نام سے ظاہر ہے' یہ سمعی عصب کے غلاف سے نکلتا ہے۔ یہ ایک کیسہ بند سلعہ ہے جس کا نشو و نما سست ہوتا ہے۔ عام طور پر یہ اخروٹ کی جسامت اور شکل حاصل کر لیتا ہے' اور نسیجیاتی طور پر یہ ایک عصبی لیفی سلعہ ہے۔ بعض اوقات یہ وآن ریک لنگہاسن (von Recklinghausen) کے مرض کے ہمراہ پایا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 980)۔ ان سلعات کا استیصال دروں کیسیتی انقاف کے ذریعہ کیا جا سکتا ہے' جس میں جدید العصر طرزِ عمل کے ساتھ مریضوں کی شرح اموات (کشنگ) ۴ فیصدی ہوتی ہے۔

نخامی سلعات۔ نخامی غدی سلعات (pituitary adenomas)

نیشنل ہسپتال کوئین سکوئیر (National Hospital Queens Square) سے لئے ہوئے سلسلۂ والش (Walshe) میں دروں جمجمی سلعات کی ۶٫۴ فی صدی ہوتے ہیں۔ انکی نسیجیاتی خصوصیات' اور دروں افرازی وظیفہ کے ضمنا ظہر اختلالات' پہلے ہی بیان کئے جا چکے ہیں۔ عام طور پر وہ سرج ترکی کے اندر سے اُگتے ہیں' لیکن بعض اوقات وہ غدہ کے حدبی حصہ (pars tuberalis) سے نمویاب ہوتے ہیں۔ وہ حقیقت میں بالغ زندگی کے سلعات ہیں۔ ان کا جراحی

استیصال انقاف کے ذریعہ کیا جاسکتا ہے، جس سے علامات میں عارضی یا مستقل تخفیف ہوجاتی ہے، لیکن اس عملیہ میں مریضوں کی شرح اموات ۸ ر ۶ فیصدی (کشنگ) ہوتی ہے۔

زیر نامی قناۃ کے سلعات [تمام دروں جمجمی سلعات میں سے ۵ ر ۸ فی صدی (والش Walshe)] سرحلمی خلیات سے بنے ہوتے ہیں جو راتکی (Rathke) کی جمجمی بلعومی جیب سے بچے ہوئے خلوی باقیات (cell-rests) سے ماخوذ ہوتے ہیں۔ بالعموم وہ بصری تقاطع سے اوپر فوق السرج خط سے نکلتے ہیں، لیکن گاہے گاہے سرج ترکی کے اندر سے۔ یہ سلعات بالعموم حلیمی دویرات کی شکل اختیار کرتے ہیں، جن کی دیواریں بسا اوقات متکلس ہوتی ہیں۔ ٹھوس سلعات اور سرطانات بھی واقع ہوتے ہیں۔ تقریباً نصف اصابتوں میں علامات بچپن یا نوجوانی میں نمودار ہوتے ہیں۔ اگرچہ زیر نامی قناۃ کے سلعات زیادہ تر سلیم اور سست نشو و نما پانے والے ہوتے ہیں، وہ گردوپیش کی ساختوں کے ساتھ اس قدر قریبی طور پر منضم ہوتے ہیں کہ ان کا استیصال کرنے کے اقدامات میں بلند عملیتی شرح اموات (۸ ر ۲۱ فی صدی، کشنگ) پائی جاتی ہے۔ ایک بڑے دویرے کا بزل کر کے عارضی تسکین حاصل کیجا سکتی ہے۔

دموی عروقی سلعات اس سے زیادہ عام ہیں کہ جتنا ایک زمانہ میں خیال کیا جاتا تھا۔ وہ شریانوں یا وریدوں کے پیدائشی تشوہ کی شکل اختیار کرتے ہیں (شریانی یا وریدی وعائی سلعہ = angeioma)، یا عروقی عناصر سے بنی ہوئی حقیقی بالیدوں کی شکل (دموی وعائی نامضی سلعہ = haemangeio-blastoma)۔ آخر الذکر زیادہ تر دمیغ میں پائے جاتے ہیں، اور بسا اوقات دویری ہوتے ہیں، چنانچہ سلعہ اکثر ایک جداری گرہک کے طور پر نظر آتا ہے۔ اس آخر الذکر قسم کے بہت سے سلعات اب کامیابی کے ساتھ دور کیے جاچکے ہیں۔ دروں جمجمی اینورسمے جو کہ بالعموم پیدائشی اصل کے ہوتے ہیں، تاوقتیکہ انشقاق واقع نہ ہو شاذ ہی علامات پیدا کرتے ہیں، لیکن گاہے اندرونی سباتی شریان کا ایک بڑا اینورسما بصری تقاطع کو یا کہفکی جوف کے اندر

پڑی ہوئی ساختوں کو مضغوط کر دیتا ہے۔

دماغ میں **سروحی سلعات** بالعموم شش، پستان، معدی معائی خطہ یا غدہ قدامیہ کے سرطان کے بعد ثانوی طور پر ہو جاتے ہیں۔ بسا اوقات وہ متعدد ہوتے ہیں۔ سلعہ لحمیہ سے دماغ میں انتقال ہونا شاذ تر ہے، لیکن جب واقع ہوتا ہے تو تقریباً ہمیشہ متعدد ہوتا ہے۔

دماغ کے دوسرے اور شاذ تر سلعات، سلعات ادمیہ (جن میں بعض اپنے کولیسٹرین مشمول کی وجہ سے کلوسٹرینی سلعات = chloesteatomas کہلاتے ہیں)، مشیمیتی ضفیرہ کا سلعہ حلیمیہ، اور عصبی خلوی سلعات ہیں۔

امراضیات۔ سلعہ اپنی بالیدگی کے دوران میں، اِن عروق کو جو گرد و پیش کے دماغی رقبوں کو رسد پہنچاتے ہیں دباتا ہے اور مقامی عدم دمویت اور بالآخر عصبی خلیوں اور ریشوں کا انحطاط پیدا کر دیتا ہے۔ یہ ابتدائی درجوں میں اُن سریع بالیدگی والے سلعات (مثلاً سریشی سلعات) سے واقع ہو جانا زیادہ ممکن ہے جو دماغی جرم میں پیدا ہو جاتے ہیں، بہ نسبت اُن سست بالیدگی والے سلعات کے جو بیرونی مبدا رکھتے ہوتے ہیں اور جن کی تمثیلی مثال دروں خلوی سلعہ (endothelioma) ہے۔ درحقیقت آخر الذکر قسم کے سلعات دماغ کی سطح میں بکثرت دندانے پیدا کر سکتے ہیں بغیر اس کے کہ قشرہ کو مستقل طور پر تلف کریں، جس کی وجہ یہ حقیقت ہے کہ دباؤ چونکہ تدریجی طور پر بڑھتا ہے لہٰذا وہ جمجمی کہفہ کی ساری وسعت میں زیادہ ہموار طور پر منتقل ہوتا ہے۔

جمجمی کہفہ کو ایک سخت اور استوار صندوق سمجھنا چاہیے جو بالکل بند ہے باستثنائے ایک متقابلتہً بڑے سوراخ، یعنے ثقبۂ کبیر (foramen magnum) اور کئی نسبتہً چھوٹے چھوٹے سوراخوں کے، جو عروق کے لئے اور جمجمی اعصاب کے باہر نکلنے کے لئے ہوتے ہیں۔ اِن سوراخوں میں سے اہم ترین وہ ہیں جن میں سے اعصابِ بصری گزرتے ہیں۔ اِن اعصاب کے ساتھ ساتھ غشائے عنکبوتی (arachnoid) اور اُمِّ حنونہ (dura) پوششوں کی شکل میں معکوس ہوتی ہیں، جو اقراصِ بصری (optic discs) تک پھیلی ہوتی ہیں۔

ایسیو اسطے خیمہ کے اندر کسی سلعہ کی بالیدگی دروں جمجمی دباؤ میں زیادتی پیدا کر دے گی، جس کے درجہ کا انحصار، جیسا کہ تبلایا جائے گا، نہ صرف اُس سلعہ کی جسامت پر ہوگا، بلکہ اُس کے محلِ وقوع پر بھی ہوگا۔ یاد ہوگا کہ جمجمی مافیہ دُمیغی خیمہ (tentorium cerebelli) کے ذریعہ نہایت واضح طور پر دو حصوں میں منقسم ہیں، اور مُخِل دماغ اِن دونوں میں سے اگلے حصے کی پھسر ذیلی تقسیم کرتا ہے۔ تاہم مُخِل دماغ جسم ثفنی کے اگلے حصے پر چپٹ بیٹھا ہوا نہیں ہوتا جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ یہاں تقسیم نامکمل ہوتی ہے۔

آئیں اب ہم پہلے ان واقعات کے میکانیتی سلسلہ پر غور کر لیں، جو ایک دماغی نیم کرہ کے سلعہ (فوق الخیمہ سلعہ = supratentorial tumour) سے نمودار ہوجاتے ہیں۔ ابتداءً یہ سلعہ اپنے لئے اس طرح جگہ پیدا کرتا ہے کہ یہ عروق دمویہ کو مضغوط کر دیتا ہے، دماغی تجاویف کو مطوس اور تلافیف کو مسطح کر دیتا ہے، اُسی جانب کے جانبی بطین کو مسدود کر دیتا ہے، جو بالآخر محض ایک جھری جیسا رہ جاتا ہے، اور ماؤف نیم کرے کی کلانی پیدا کر دیتا ہے اور اس کے ایک حصہ کو مُخِل دماغ (falx cerebri) کے نیچے درمیانی خط کے پار مخلوع کر دیتا ہے، اور اِس طرح مقابل نیم کرے پر دباؤ پیدا کرتا ہے۔ اِس سلعہ کی جسامت میں مزید زیادتی کے ساتھ سارے اگلے حصے میں دباؤ عام طور پر زیادہ ہوجاتا ہے۔ دباؤ کی یہ زیادتی اعصاب بصری کے گرد وپیش کی پوششوں کے اندر کے دماغی نخاعی سیّال میں سے عصبی سروں تک منتقل ہوجاتی ہے، جہاں وہ وہ تغیرات پیدا کر دیتی ہے جو التہابِ حلیمۂ بصری (papillœdema) پر مشتمل ہیں اور پہلے بیان کئے گئے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 634)۔ بالآخر دو چیزوں میں سے ایک واقع ہو سکتی ہے :۔ یا تو کسیقدر دماغی جرم دَب کر خیمہ کے نیچے نکل آئے اور ایک تحت الخیمہ فتق (subtentorial herniation) بن جائے یا وہ دباؤ جو اگلے حصے میں ہنوز بڑھ رہا ہے خیمہ کی ملائم جھلی میں سے ہو کر پچھلے حُفرہ میں منتقل ہوجائے۔ بہرحال نتیجہ وہی ہوتا ہے، یعنے پچھلے حفرہ میں دباؤ بڑھ جاتا ہے، جس کی تلافی کے لئے دُمیغ کا ایک حصہ

تبدریج بھنچکر ثقبۂ کبیر کے اندر اور آرپار نکل آتا ہے اور نام نہاد فشاری مخروط (pressure cone) پیدا کر دیتا ہے ۔ یہ عمل جاری رہتا ہے، یہاں تک کہ یہ فشاری مخروط اتنا کافی بڑا ہو جائے کہ نخاعِ مستطیل کو ثقبۂ کبیر پر دبا دے ۔ ایسا ہونے پر ثقبۂ مجینڈی (foramen of Magendie) غالباً مسدود ہو جاتا ہے

تصویر - ۹ - یہ ایک "فشاری مخروط" کی تکوین ظاہر کرتی ہے جس کا ایک جانب سے عکس لیا گیا ہے ۔ (ٹرنر : Turner اور سٹوارٹ : Stewart کی تقلید میں)

جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جانبی بطینوں میں دماغی نخاعی سیال کے افراز کے منبع
کے اور قاعدۂ دماغ میں اس کے انجذاب کے مقام کے درمیان تسدد پیدا 725
ہو جاتا ہے ۔ اس کا نتیجہ ثانوی اندرونی استسقاء الدماغ (secondary internal-hydrocephalus) ہوتا ہے اور یہ تمدد سلعہ کی مقابل جانب کے بطین میں محدود ہوتا ہے، جو غالباً مسدود نہیں ہوتا ۔ اس سے درونِ جمجمی دباؤ میں

سرعت کے ساتھ مزید زیادتی ہوتی ہے، جو فشاری مخروط اور نخاعِ مستطیل کو ثقبۂ کبیر کے اندر مضبوطی کے ساتھ فانہ کی صورت میں پھنسا دیتی ہے، جس کے بعد تنفسی مرکزوں کی عدم دمویت سے موت واقع ہو جاتی ہے۔

جہاں تک کہ عام اثرات کا تعلق ہے، جمجمی کہفہ کے پچھلے حصے میں واقع ہونے والے سلعات (تحت الخیمہ سلعات = subtentorial tumours) اس طرح تقسیم کئے جا سکتے ہیں:— وہ جو کہ دُمیغ، جسر اور نخاعِ مستطیل کے باہر سے اُگتے ہیں، اور وہ جو کہ دُمیغ، جسر اور نخاع کے اندر سے اُگتے ہیں۔

بیرون دمیغی سلعات (extra-cerebellar tumours) عموماً سست بالیدگی والے ہوتے ہیں، اور اُن کے پھیلنے کے لئے جانبی گوشہ میں کسیقدر جگہ ہوتی ہے۔ لہٰذا یہ صرف ان کے آخری درجہ میں ہوتا ہے کہ وہ پچھلے حفرہ میں تناؤ کی زیادتی پیدا کرتے ہیں۔ اِس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ثقبۂ کبیر کے اندر دُمیغ کے بھنچ آنے سے ایک فشاری مخروط پیدا ہو جاتا ہے، اور پہلے بیان کئے ہوئے طریقہ سے ثانوی اندرونی استسقاء الدماغ پیدا ہو جاتا ہے۔ لیکن اِس حالت میں دونوں جانبی بطین مفتوح ہوتے ہیں، اور دماغی نخاعی سیّال کے جمع شدہ دباؤ کی وجہ سے مساوی طور پر متمدد ہوتے ہیں۔ دماغی تجاویف مطموس اور تزاید چپٹے ہو جاتے ہیں، اور دباؤ اعصابِ بصری کے ساتھ ساتھ منتقل ہو کر اُذیمائے حلیمۂ بصری (papillœdema) پیدا کر دیتا ہے۔

دروں دُمیغی سلعات (intra-cerebellar tumours) عموماً سریع تر بالیدگی والے ہوتے ہیں، اور اِن سے جو دباؤ کی زیادتی پیدا ہو جاتی ہے اس کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ فشاری مخروط جلد بن جاتا ہے، اور وہ حالات جلد ہی رونما ہو جاتے ہیں جو (جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے) ثانوی اندرونی استسقاء الدماغ اور اس کے ساتھ دروں جمجمی تناؤ کی زیادتی پیدا کر دیتے ہیں۔

ساق دماغ کے سرِیشی سلعات، اس امر کے لحاظ سے کہ وہ بطینی نظام سے سیّال کا خارجی بہاؤ کس درجہ تک روکتے ہیں، جلد یا بدیر دروں جمجمی دباؤ کو زیادہ کر دیتے ہیں۔ جسر کا ایک بڑا سا دروں ریز سلعہ، اندرونی استسقاء الدماغ پیدا

کئے بغیر مہلک ہو سکتا ہے، اور اس کے خلاف مضیق (iter) کا ایک دقیق برغلیفی سلعہ جو بالکل اتلاف کا موجب نہیں ہوتا، بوجہ اپنے محل وقوع کے، بسرعت درون جمجمی دباؤ کی مہلک زیادتی پیدا کر دیتا ہے۔ وہ سلعات جو کہ بین سویقی خط میں واقع ہوں اگرچہ بالکل قرب وجوار کی ساختوں کو مضغوط کر دیتے ہیں، تاہم ان سے درون جمجمی دباؤ بالکل زیادہ نہیں ہوتا۔

عمومی علامات۔ یہ بڑھے ہوئے درون جمجمی کے علامات ہیں، اور جیسا کہ پچھلی فصل میں بتایا گیا ہے، یہ بعض اصابتوں میں جلد واقع ہوتے ہیں، بعض میں بدیر، یا ممکن ہے آخر تک مفقود ہوں۔ لہذا یہ علامات ایسے ہیں کہ جن کا فقدان دماغی سلعہ کی تشخیص کو خارج از بحث نہیں کرتا، اگرچہ ان کی موجودگی ہی اسکے وجود کا پہلے پہل شبہ پیدا کرتی ہے۔

دردِ سر۔ یہ کم و بیش ہمیشہ موجود رہنے والی علامت ہے، اور گو یہ ابتداءً وقفہ کے ساتھ اور خفیف درجہ کا ہو، تاہم آخری درجوں میں اکثر ہٹیلا ہوتا ہے اور ایسی شدت کو پہنچتا ہے جو کسی دوسرے سبب سے پیدا ہونے والے دردِ سر میں شاذ ہی پائی جاتی ہے۔ یہ سارے سر میں محسوس ہو سکتا ہے یا ممکن ہے کہ بالخصوص سامنے، اطراف میں، یا سر کی چوٹی میں محدود المقام ہو۔ بسا اوقات اس کو انفجاری یا انشقاقی بیان کیا جاتا ہے۔ یہ اکثر اوقات علی الصباح اپنے عروج پر ہوتا ہے، اور اکثر متلی یا حقیقی قئے کے ساتھ پایا جاتا ہے۔

ممکن ہے کہ ابتدائی درجوں میں مریض کو دردِ سر کے نوبتی دَورے بڑے وقفوں کے ساتھ ہوں، یا بعد میں بھی جب کہ دردِ سر ہمیشہ رہنے لگتا ہے وہ بلا کسی ظاہر سبب کے کبھی کبھی نہایت شدید ہو جائے۔ وضع کے بدلنے سے، مثلاً جھکنے سے، یا زور کے ساتھ زفیری حرکات کرنے سے (مثلاً کھانسنے یا چھینکنے میں) اکثر حملہ ہو جاتا ہے یا پہلے سے موجود رہنے والا دردِ شدید تر ہو جاتا ہے۔ وہ دردِ جو تحت القذالی خطے میں محدود ہو اور پشتِ گردن میں نیچے کی طرف منتشر ہو، پچھلے حفرہ میں رسولی کی قوی دلالت ہے۔ وہ درد جو ہمیشہ اُسی مقام پر محدود ہو بالخصوص جب کہ اس کے ساتھ اس رقبہ پر الیمیت بھی ہو، اس امر کی دلالت

ہے کہ بالیدہ سطح دماغ پر واقع ہے، یا اِس مقام پر اُم جافیہ سے اُگ رہی ہے۔

قئے نسبتاً کم ہمیشگی کے ساتھ ہوتی ہے اور دردِ سر کے نسبت کمتر واقع ہونے والی علامت ہے، لیکن اصابتوں کی اکثریت میں موجود رہتی ہے۔ اِسکی نہایت ممیز شکل میں یہ دردِ سر کے ساتھ ہوا کرتی ہے اور غذا لینے سے اِس کا کوئی تعلق نہیں ہوتا۔ یہ پچھلے حفرہ کی رسولی میں سب سے زیادہ نمایاں ہوتی ہے جس میں یہ ایک عاجل علامت ہے اور بعض اوقات دردِ سر سے پہلے ہوتی ہے۔ دماغی سلعہ کی قئے اگرچہ ناگہانی اور بغیر متلی کے ہوتی ہے، تاہم ہمیشہ ایسا نہیں ہوتا۔ متلی کی لہریں ممکن ہے قے سے پہلے واقع ہوں یا اسکی جگہ لے لیں۔ 726

اُذیمائے حُلیمۂ بصری (papillœdema)۔ دماغی سلعہ سے بڑھے ہوئے درون جمجمی دباؤ کے تمام علامات میں یہ سب سے زیادہ ممیز علامت ہے۔ اُس کے مناظر اور اُس کی پیدائش کی میکانیت پہلے بیان کی گئی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 620، 634)۔ آیا یہ جلد واقع ہوتا ہے یا بدیر یہ امر ان عوامل پر منحصر ہوتا ہے کہ جن پر امراضیات کے عنوان کے تحت پہلے بحث کی جاچکی ہے اور یہ امر ذہن نشین رکھنا چاہئے کہ کسی درجہ میں اِس کی عدم موجودگی سلعہ کی تشخیص کو خارج از بحث نہیں کرتی۔ اذیمائے حلیمۂ بصری ہمیشہ دوجانبی ہوتا ہے، لیکن یہ ممکن ہے ایک قرصِ بصری دوسرے قرص سے پہلے ماؤف ہوجائے۔ یہ امر کہ اُذیمائے حلیمۂ بصری کا آغاز کس جانب ہوا ہے یا زیادہ شدید اُذیما کس جانب ہے، سلعہ کی جائے وقوع سے کوئی تعلق نہیں رکھتا۔ شدید درجہ کے ورم کی حالت میں تیزئ نظر کا عمدہ پایا جانا ممکن الوقوع ہے، اگرچہ ممکن ہے اِن صورتوں میں مریض بصارت میں دھندلے پن کے سریع الزوال حملوں کی شکایت کرے۔ بصارت کا مستقل خلل صرف ثانوی ذبولِ عصبِ بصری (secondary optic atrophy) کے آغاز کے ساتھ ہوتا ہے۔

تشنجی حملے (convulsive attacks) اُتنے کثیر الوقوع نہیں جتنے کہ متذکرہ بالا علامات ہیں، اور اُن اصابتوں میں جن میں یہ ہوتے ہیں اِن کا وقوع

نہایت بے قاعدہ ہوتا ہے۔ چنانچہ ممکن ہے کہ سارے عمرِ علالت میں یہ حملے صرف دو یا تین ہوں، یا یہ کہ نہایت بار بار ہوں۔ یہ عمومی صرعیٔ الشکل ٹلوں کی صورت اختیار کر سکتے ہیں، جن میں ایک ابتدائی درجہ تشنجی کرختگی کا ہوتا ہے جس کے بعد رجفی تشنج ہو کر ایک عارضی ذہول کی حالت طاری ہوجاتی ہے، یا ممکن ہے کہ یہ ایک لمحہ کی بے ہوشی تک محدود رہیں۔ "ماسکی حملے" (focal seizures) جو دماغ کے معین رقبوں میں پیدا ہونے کے ممیز خصائص رکھتے ہیں ان کا تذکرہ مقامی علامات کے تحت کیا جائے گا۔ لیکن یہ حملے دروں جمجمی دباؤ کی زیادتی کے آخری درجوں میں واقع ہو سکتے ہیں جب کہ سلعہ کے مقام وقوع سے ان کا کوئی تعلق نہیں ہوتا، چنانچہ وہ گمراہ کن ہو سکتے ہیں، اور ان کی کاذب تحییزی اہمیت ہوتی ہے۔

دورانِ سر (vertigo) کی علامت غیر عام نہیں اور یہ عموماً دردِ سر اور قئے کے حملوں کے ساتھ پائی جاتی ہے۔

بطءِ النبض (slowness of the pulse) بشرطیکہ یہ موجود ہو بالعموم دروں جمجمی دباؤ کی زیادتی کی ایک آجل علامت ہے۔

دوسری عمومی علامات میں سے **ذہنی تغیرات** ہیں:— ممکن ہے مریض سست، بے حس، بھولکڑ، خواب آلود، بے تمیز یا میلا کچیلا ہو۔ آخری درجوں میں وہ سبات زدہ اور بالآخر قوما زدہ ہوجاتا ہے۔ لیکن یہ تغیرات جو دباؤ کی زیادتی کا نتیجہ ہیں، آجل ہوتے ہیں۔ ابتدائی درجوں میں یہ زیادہ عام طور پر ایتلافی ریشوں کے وسیع اِتلاف کی وجہ سے ہوتے ہیں، جیسا کہ دماغی نیم کرے کے بڑے سلعات سے پیدا ہوجاتا ہے، اور اِس اعتبار سے ان پر تحییزی علامات کے تحت غور کیا جائے گا۔

تحییزی یا ماسکی علامات۔ یہ پہلے ہی سے جان لینا اہم ہے کہ یہ علامات بالیدگی کے نسبتاً ابتدائی درجوں میں سلعہ کے محل وقوع کی تعیین میں نہایت درجہ ممد ہوتے ہیں۔ مابعد درجوں میں ممکن ہے کہ دروں جمجمی دباؤ کی زیادتی کے میکانی اثرات دماغ کے بعض ایسے حصوں کی مضرت رسیدگی یا ایسے

جسمی اعصاب پر جبر پیدا کریں جو ابتدائی ضرر کے مقام سے بہت دُور واقع ہوں۔

حرکی مرکزوں اور گذرگاہوں کو ماؤف کرنیوالے سلعات

ماؤف حصوں کی خراش یا شلل کے علامات پیدا کر دیتے ہیں۔

عمیق الوقوع بالیدوں سے جو ہرمی ریشوں کو ماؤف کرتی ہوں شلل پیدا ہو جاتا ہے جو ایک بتدریج ترقی پذیر فالجِ نصفی کی شکل اختیار کرتا ہے، جس کے ساتھ عمیق معکوسوں کی زیادتی، شکمی معکوسوں کا نقصان، اور ماؤف جانب پر باسط انمصی مجیبیت ہوتی ہے۔ زیادہ اوپری طور پر واقع ہونے والے سلعات جو ابتداءً قشری مرکزوں کی مقامی عدم دموییت پیدا کرتے ہیں، حرکی قسم کی جیکسونی صرع (Jacksonian epilepsy) کے حملے پیدا کر دیتے ہیں۔ یہ محدود المقام تشنجات ہیں، جو ہمیشہ ایک حصے میں شروع ہوتے ہیں اور جن کے ساتھ پہلے پہل کوئی بے ہوشی واقع نہیں ہوتی۔ اِن اساتوں میں، اُس حصے کے عارضی اختلال کی شدت کے لحاظ سے، مثلاً صرف ہاتھ میں یا ہاتھ اور بازو میں، یا جسم کی ایک جانب کے تمام عضلات میں جھٹکے ہو سکتے ہیں۔ اگر یہ تشنج جسم کی دوسری جانب میں پھیل جائے تو عموماً بے ہوشی طاری ہو جاتی ہے۔

یہ حرکتیں اپنے نقطۂ آغاز سے آگے پھیلنے میں ہمیشہ ایک معین ترتیب 727
زمانی ظاہر کرتی ہیں۔ اگر یہ چہرے میں شروع ہوتی ہیں، تو انگوٹھے اور انگلیوں سے لے کر یکے بعد دیگرے بالائی جارحہ میں اور پھر جارحۂ زیریں میں پھیل جاتی ہیں۔ اگر یہ ٹانگ میں شروع ہوتی ہیں تو بازو اور چہرہ یکے بعد دیگرے ماؤف ہو جاتے ہیں، اور اگر بازو میں شروع ہوتی ہیں، تو چہرہ اور ٹانگ کو باری باری سے ماؤف کر دیتی ہیں۔ عموماً اِس تشنج کے بعد کسیقدر عارضی شلل ہو جاتا ہے، بالخصوص اُس حصے میں جو پہلے ماؤف ہوا تھا، اور حملہ کے بعد تھوڑے عرصہ تک ماؤف جانب پر معکوسات میں ایسے تغیرات کا مظاہرہ کیا جا سکتا ہے جو شکمی معکوسات کی کمی یا غیر موجودگی اور باسطی انمصی مجیبیت کی شکل میں ہوتے ہیں۔ جب سلعہ کی جسامت میں ترقی پذیر زیادتی اور اُن مرکزوں کا اِتلاف ہوتا ہے جن میں ابتداءً

خراش ہوئی تھی' تو دوروں کے وقوع اور وسعت میں کمی ہو کر اُن کے بجائے مستقل شلل ہو جاتا ہے۔ اگر ایک ایمن شخص کی حالت میں بالید بائیں نیم کرّے میں ہے تو حملوں کے ساتھ کیفقدر جنسہ بھی ہوگا جو شلل کے ساتھ باقی رہے گا' بالخصوص اُس وقت جب کہ بازو اور چہرے کے مرکز خاص طور پر ماؤف ہوئے ہوں۔ پیدا شدہ جنسہ ابتداءً حرکی قسم کا ہوگا' اگرچہ ممکن ہے کہ ذہنی تغیرات کی وجہ سے یہ بعد میں پوشیدہ ہو جائے۔

پس مرکزی خطوں کے سلعات اگر عمیق الوقوع ہوں تو ان سے بھی مماثل طریقہ پر متزقی نیم عدم حسیت (hemi-anæsthesia) پیدا ہو جاتی ہے۔ بالعموم یہ حسِ وضع کے نقصان اور ماؤف ہاتھ میں لمس ناشناسی تک محدود ہوتی ہے' لیکن ممکن ہے کہ لمس تپش اور درد کے احساسات کی موضوعی شدت میں بھی کمی پائی جائے' جو "دستانہ" یا "جرابی" توزیع ("glove" or "stocking" distribution) رکھتی ہے۔ قشرہ کو ماؤف کرنے والے سلعات سے حسّی نوعیت کے جیکسونی حملے ہو جاتے ہیں' جو اپنے پھیلاؤ کے طریقہ میں حرکی حملوں سے مشابہ ہوتے ہیں' لیکن سن پن یا جھنجھناہٹ کے احساس پر مشتمل ہوتے ہیں' جس کے ساتھ اکثر نہایت تکلیف ہوتی ہے۔ اس طرز کا حملہ اکثر اوقات اُس قسم کے حرکی حملے میں بدل جاتا ہے جو پہلے بیان کیا گیا ہے۔

قذالی لختہ (occipital lobe) کے سلعات مقابل جانب کے استبصاری میدانوں کے نقائص پیدا کر دیتے ہیں' اور نقص کے ٹھیک رقبے کا انحصار ضرر کے محل وقوع پر ہوتا ہے۔ اس خطّے کے اوپری سلعات استبصاری اختلال کے موضوعی احساسات کے حملے پیدا کر سکتے ہیں' جو عموماً مقابل استبصاری میدان میں روشنی کے چمکاروں یا رنگوں کی شکل میں ہوتے ہیں۔ ایک قذالی بالید جب خیمہ پر نیچے کی طرف دباؤ ڈالتی ہے تو وہ دُمیغ کا انضغاط پیدا کر کے کاذب تحییزی اہمیت کے امارات پیدا کر سکتی ہے۔

کلاب نما تلفیف (uncinate gyrus) کو ماؤف کرنے والے سلعات مخصوص طرز کے حملے پیدا کر دیتے ہیں جن کو پہلے ہگلنگز جیکسن

(Hughlings Jackson) نے بیان کیا اور جو کلاب نما حملوں کے نام سے موسوم کئے گئے ہیں۔ یہ ذائقہ یا بُو کے ناگوار احساسات کی نوعیت کے ہوتے ہیں جنہیں مریض غیر متعین طور پر مختلف طریقوں سے بیان کرتا ہے، مثلاً یہ "سڑے انڈوں کی بُو کی طرح ہیں" ایک "تلخ ذائقہ کی طرح ہیں گویا کہ ایک مسوڑھے کا دُمّل میرے منہ میں پھوٹ پڑا ہے" وغیرہ۔ اس سے پہلے اکثر ایک خواب آلود حالت طاری ہوتی ہے جس میں اشتبصاری توہمات ہوا کرتے ہیں۔ یہ حملے صرف چند ہی لمحوں کیلئے ہو سکتے ہیں، یا ممکن ہے کہ نسموں (auræ) کی شکل میں ہوں جو صرعیُ الشکل تشنج کا پیش خیمہ ہوتے ہیں۔

جبھی لختوں (frontal lobes) کے سلعات اکثر اوقات کوئی ایسے تجیزی امارات نہیں پیدا کرتے جو تشخیصی اہمیت رکھتے ہوں، اور اسی واسطے اُن کے علامات صرف عام دباؤ کے علامات تک محدود ہوتے ہیں۔ لیکن ان کے ساتھ یا ان سے پہلے ذہنی علامات کا وقوع اس درجہ عام ہے کہ جو دوسرے مقام کے سلعات کی حالت میں نہیں ہے۔ مندرجۂ ذیل تغیرات دیکھے جاتے ہیں:— بے توجہی، ذہن کو کسی موضوع پر جمائے رکھنے کی ناقابلیت، تازہ واقعات کا یاد نہ رہنا، اور گفتگو میں بے ربطی۔ بعض اوقات یہ مریض طفل مزاج، لاپروا اور غیر ذمہ دار ہوتے ہیں، اور غیر متوقع موقعوں پر بیہودہ اور بے معنی مذاق کرنے کا رجحان رکھتے ہیں۔ آخری درجوں میں بے حسی اور ذہول کا غلبہ ہوتا ہے۔ ذہنی آمن (mental asylums) میں بعد الممات امتحانات پر جو دماغی سلعات ملتے ہیں اُن کا بڑے تناسب میں جبھی لختوں میں واقع ہوتے ہیں۔ تشنجی حملے یا تو عمومی نوعیت کے ہوتے ہیں، یا مقابل جانب کے طرف سر اور آنکھوں کے انحرافِ مقترن (conjugate deviation of head and eyes) کے ساتھ شروع ہوتے ہیں جس کی وجہ یہ ہوتی ہے کہ پیش مرکزی رقبہ (precentral area) میں اس حرکت کے مرکز میں خراش واقع ہو جاتی ہے اور ایسی حالت میں یہ حملے تشخیصی اہمیت رکھتے ہیں۔ جبھی لختہ کے اگلے سرے پر کا سلعہ شمی خطہ (olfactory tract) پر دباؤ پیدا کر کے یک جانبی عدم الشامہ (unilateral anosmia) پیدا کر سکتا ہے۔ دونوں میں سے

کسی جانب پر بالائی جبہی تلفیف کو ماؤف کرنے والا سلعہ وہ علامت پیدا کرسکتا ہے جسے جبری گرفت (forced grasping) یا تنشی تعصیبہ (tonic innervation) کہتے ہیں۔ اور وہ حالت یہ ہے کہ جب مریض نے کسی چیز کو پکڑ لیا ہو یا جب اس نے اپنی انگلیاں بند کرلی ہوں تو وہ کچھ وقت کے لئے اپنی گرفت ڈھیلی نہیں کرسکتا۔ اس سے ممتاز مگر اکثر اسی کے ساتھ ہی معکوسی گرفت (grasp reflex) پایا جاتا ہے یعنی انگلیوں کی وہ غیر ارادی مسدودی (involuntary closure) جو لمسی تہیج کی مجیبیت میں ظاہر ہوتی ہے۔ ایک ایمن شخص میں بائیں جبہی لختہ کے پچھلے حصے میں کا سلعہ حرکی حبسہ اور ناکاتبی پیدا کردینے کا امکان رکھتا ہے۔

728

صدغی لختیہ (temporal lobe) کے سلعات، قطع نظر اگلے سرے پر کے ان سلعات کے جو کلاب نما تلفیف کو ماؤف کرتے ہوں، اور قطع نظر بائیں جانب کے پچھلے سرے پر کے ان سلعات کے جو گویائی کے مرکزوں کو ماؤف کرتے ہوں، ممکن ہے کہ تجیزی اہمیت کے کوئی امارات نہ پیدا کریں، اور ان کے علامات محض عام دباؤ کے علامات تک محدود ہوں۔ عقل و مزاج کے دائرے میں وہی تغیرات واقع ہوسکتے ہیں جو جبہی سلعات کی حالت میں ہونا بیان کئے گئے ہیں۔ صدغی لختہ کا ایک عمیق الوقوع سلعہ تشعع بصری (optic radiation) کو ماؤف کرکے متقابل استبصاری میدان میں نقص پیدا کردینے کا امکان رکھتا ہے۔

جسم ثفنی (corpus callosum) کے سلعات عموماً کوئی نہایت معین علامات نہیں پیدا کرتے، لیکن ممکن ہے کہ جلد ہی ذہنی تغیرات پیدا کردیں، اور بعض اوقات ان کے ہمراہ حرکی فساد الانفعال (motor apraxia) پایا جاتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 615)۔

درمیانی دماغ (mid-brain) کے سلعات مندرجہ ذیل تجیزی امارات پیدا کرسکتے ہیں:۔ کرات چشم کی اوپر کے طرف حرکت کی کمزوری، روشنی سے پتلیوں کا ناقص تعامل، پتلیوں کی منحرف مرکزیت، سویم جمجمی اعصاب کا استرخایا شلل، عصب پنجم سے رسد پانے والے رقبہ پر ناقص حس پذیری، جس کی وجہ اسکی

میاں مُخی جڑ کی ماؤفیت ہے۔ اِس خطے میں طولی خطوں کی ماؤفیت کی وجہ سے مزید علامات کا پیدا ہونا بھی ممکن ہے۔

بین سُویقی فضاء (interpeduncular space) کے سلعات

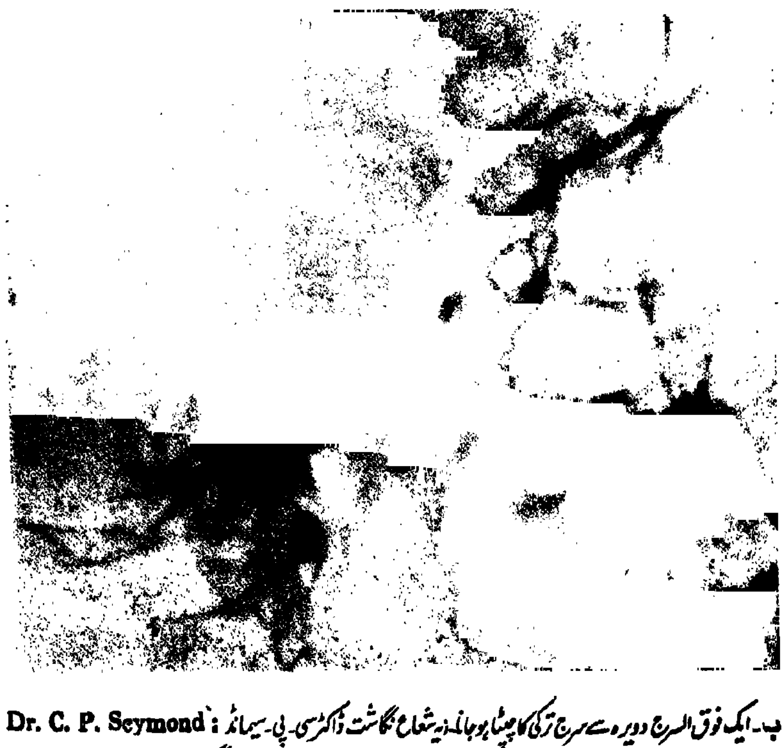
جن میں سے عام ترین نخامی غدی سلعہ اور زیر نامی قناۃ کا سلعہ ہے، بصری تقاطع پر دباؤ ڈال کر علامات پیدا کرتے ہیں۔ اگرچہ جیسا کہ اکثر ہوتا ہے، یہ سلعہ مرکزی طور پر واقع ہو تو ہر استبصاری میدان کا صدغی نصف پہلے متاثر ہوتا ہے، اور نقص بصارت ایک نزد مرکزی تیرہ (scotoma) کے طور پر شروع ہوتا ہے۔ جب سلعہ بصری تقاطع کو نیچے سے مضغوط کرتا ہے، تو استبصاری میدانوں کے بالائی رُبع پہلے متاثر ہوتے ہیں، اور اگر انضغاط اوپر سے ہو تو زیریں رُبع۔ ایسا سلعہ جو وسطی خط سے ایک طرف واقع ہو، اسی طرف کی آنکھ کا اندھاپن، اور دوسری آنکھ کے میدان میں صدغی نقص واقع کر دے گا۔ فشلِ بصارت کے ساتھ ہی اوّلی ذبول عصب بصری پایا جاتا ہے۔ اس کے علاوہ ایک فوق السرج سلعہ اذیمائے حلیمہ بصری پیدا کر سکتا ہے۔

دروں سرجی سلعات (بیشتر غدی سلعات) مسلسل ناقب قسم کا شدید دردِ سر پیدا کر دیتے ہیں، جو زیادہ تر کنپٹیوں کی طرف محول ہوتا ہے، گو کہ بعض اوقات قمہ یا قذال کی طرف۔ فوق السرج سلعات (زیادہ تر زیر نامی قناۃ کے سلعات) اس قسم کے دردِ سر پیدا کرتے ہیں جو کہ عام طور پر بڑے ہوئے جمجمی دباؤ کے باعث پائے جاتے ہیں۔

دوسری ساختیں جو مضغوط ہو سکتی ہیں یہ ہیں، ایک یا دوسرا عصب سوم، جس سے استرخاء الجفن اور دو نظری پیدا ہو جاتی ہے۔ ایک طرف کا ساقِ دماغ جو یک جانبی کمزوری اور باسط اخمصی تجبیبت پیدا کرتا ہے۔ اور تیسرے بطین کے فرش میں کے نواۃ جو بیش خوابی (hypersomnia) اور کثرت بول پیدا کرتے ہیں۔ ہڈی پر دباؤ کے اثرات کو بالعموم لاشعاعوں کے ذریعہ دیکھا جا سکتا ہے۔ دروں سرجی سلعہ، سرج ترکی کی توسیع پیش پسی اور نیچے کے رُخ میں کر دیتا ہے (صفحہ ۵۶ الف)۔ فوق السرج سلعہ مہد آسا زائدوں کا تاکل اور بالآخر غیاب واقع کر دیتا ہے، لیکن سرج کی جسامت اور عمق طبعی رہتا ہے۔ زیر نامی قناۃ کے سلعات کی اکثریت رتبول کشتگ



الف۔ کبرالجوارح میں ایک دروں سرچی غدی سلعہ کی وجہ سے بڑھی ہوئی سرج ترکی۔ (شعاع نگاشت مسٹر ایچ۔ ایم۔ ورتھ . H. M. Worth)
گائز ہاسپٹل : Guy's Hospital نے لی ہے)

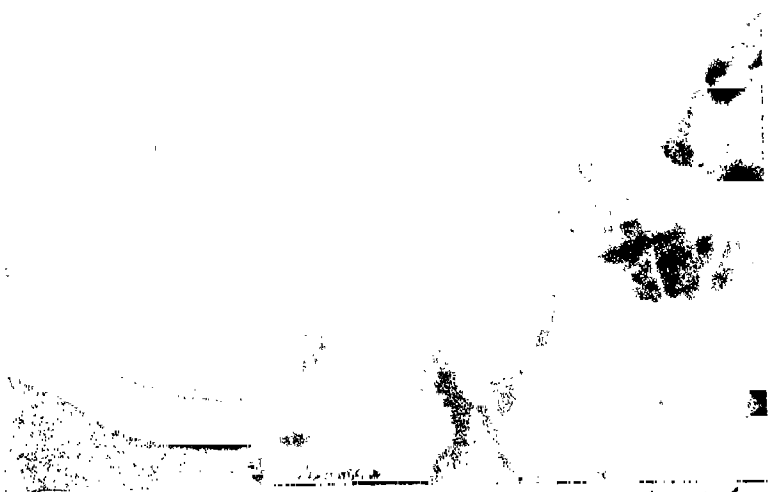


ب۔ ایک فوق السرج دویرہ سے سرج ترکی کا چپٹا ہو جانا۔ یہ شعاع نگاشت ڈاکٹر سی۔ پی۔ سیمانڈ : Dr. C. P. Seymond
اور ایچ۔ ایم۔ ورتھ : H. M. Worth کی [illegible]

صفحہ ۵۲



الف۔ طبعی سرج ترکی۔ (شعاع نگاشت مسٹر ایچ۔ ایم۔ ورتھ گائز ہاسپٹل نے لی ہے)



ب۔ فرالک کے علامیہ کی ایک طویل المدت اصابت سے ایک غیر طبعی طور پر چھوٹی سرج ترکی (شعاع نگاشت ڈاکٹر ای۔ سی۔ وارنر Dr. E. C. Warner : اور مسٹر ایچ۔ ایم۔ ورتھ گائز ہاسپٹل کی ایک اصابت سے لی گئی ہے)

۸۰ فی صدی) میں تکلس شناخت کیا جا سکتا ہے (صفحہ ۵۱۶ ب)۔ طبعی سرج صفحہ ۵ الف میں بتائی گئی ہے۔

گاہے ایک وردوں سرجی سلعہ انفی بلعوم پر حملہ آور ہو جاتا ہے، اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ دماغی نخاعی سیال ناک میں سے ٹپکنے لگتا ہے۔

فوق السرج اور وردوں سرجی سلعات سے پیدا ہونے والے غدی علامات اس فصل میں بیان کیے گئے ہیں جو کہ غدہ نخامیہ سے بحث کرتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 495)۔

جسر کے سلعات (tumours of the pons) میں تمیزی امارات کا انحصار اُن جمجمی اعصاب کی ماؤفیت پر ہوتا ہے جو اُس میں واقع ہیں، اور ساتھ ہی طولی خطوں کے اتلاف کے علامات بھی ہوتے ہیں۔ عام دباؤ کے علامات کے متعلق یہی بات اہمیت رکھتی ہے کہ وہ اختتامی درجوں تک غیر موجود رہتے ہیں۔

دُمَیغ کے سلعات (tumours of the cerebellum) اکثر اوقات دردِ سر پیدا کر دیتے ہیں، جو ابتداءً تحت القذالی خطے میں محدود المقام ہوتا ہے، اور ساتھ ہی نیچے کی طرف گردن میں منتشع ہونے کا رجحان رکھتا ہے۔ عام دباؤ کے علامات جلد ہی پیدا ہو جاتے ہیں اور نمایاں ہوتے ہیں۔ اس کے علاوہ رقصِ مقلہ، تمام عضلی حرکات کی انجام وہی میں ناہم آہنگی، اور چال چکراتی یا لڑکھڑاتی ہوئی ہوتی ہے۔
729 اُس سلعہ میں جو بالخصوص دُمیغ کے ایک ہی لختہ کو ماؤف کرے، دردِ سر بیشتر اُسی جانب پر محول ہو سکتا ہے اور وہاں دبانے سے محدود المقام الیمیت موجود ہو سکتی ہے۔

آنکھوں کا رجحان اُس نقطہ کی طرف منحرف ہونے کا ہوتا ہے جو کسیقدر مقابل جانب پر ہو، چنانچہ جب مریض سلعہ والی جانب کی طرف دیکھتا ہے تو رقصِ مقلہ زیادہ بعدّا ہوتا ہے اور زیادہ آسانی کے ساتھ ظاہر کیا جا سکتا ہے۔ جسم کی ماؤف جانب پر اکثر اوقات کسیقدر کمزوری، رعشہ اور زیر تنیدگی موجود ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ انگشت بینی انگشت، متواتر حرکات اور ایڑی گھٹنا کا شعفات کے انجام دینے میں ناہم آہنگی کا مظاہرہ کیا جا سکے (ملاحظہ ہو صفحہ 627)۔

اکثر ہئیت اور رفتار کے ممیز خصائص موجود ہوتے ہیں۔ سر کا رجحان سلعہ والی جانب کے طرف جھکا ہوا ہونے کا اور سارے جسم کا رجحان اُسی جانب کے طرف منحرف ہونے کا ہوتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ہم جانب شانہ دوسرے شانہ کے نسبت زیادہ اونچا رکھا جاتا ہے، اور ہم جانب جارحۂ زیریں کیقدر تبعید کردہ اور بروں گردانیدہ ہوتا ہے۔ ان میں سے اول الذکر کی نوعیت اِس خود رو انحراف کے لئے ایک تعویضی میکانیت کی ہے۔

ممکن ہے کہ چلنے میں ایک خود رو رجحان ضرر والی جانب کے طرف منحرف ہونے، یا گرنے کا پایا جائے، جو ارادی مساعی سے ٹھیک کر لیا جاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مریض تندرست جانب کے طرف لغزش کھاتا ہوا نظر آتا ہے۔ کسی مشکوک اصابت میں مریض کو باری باری سے ایک ٹانگ پر کھڑا رہنے کو کہہ سکتے ہیں، جس سے ماؤف جانب کی زیادہ کمزوری اور تزلزل ظاہر ہو جائے گا۔ بالعموم سکونات غیر متبدل رہتے ہیں، لیکن ممکن ہے کہ ماؤف جانب پر گھٹنے کا جھٹکا (اُس وقت جب کہ ٹانگ بلا سہارے آزادانہ لٹک رہی ہو) رقاصانہ (pendulous) نوعیت ظاہر کرے۔ یہ عضلی تنش کے نقصان کے باعث ہوتا ہے۔

دُمَیغی جسری زاویہ (cerebello-pontine angle) کے سلعات۔
ان کی امتیازی خصوصیات یہ ہیں:- جمجمی اعصاب پر دباؤ کے باعث مترقی علامات، اور اس کے بعد جب سلعہ اتنا کافی بڑا ہو جائے کہ دمیغ کو مضغوط کر کے تلف کر دے تو دُمیغ کے یک جانبی ضرر کے امارات۔ جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے، عام دباؤ کے علامات متاخر آغاز کے ہوتے ہیں، اور عموماً دُمَیغی ماؤفیت کے ساتھ ہمزمان ہوتے ہیں۔

اس مقام کی سب سے زیادہ عام بالیدہ عصب ہشتم کا عصبی لیفی سلعہ (neurofibroma) ہے جس کو سمعی سلعہ (acoustic tumour) کہتے ہیں۔ یہ ہمیشہ اپنی موجودگی کا اعلان پہلے اُن علامات سے کرتا ہے جو عصب سمعی (auditory nerve) سے منسوب کئے جا سکتے ہیں اور شور و غل یا سیٹی بجانے کی آوازوں (طنین = tinnitus) اور مترقی عصبی صمم (nerve deafness) کی شکل میں

ہوتے ہیں۔ اس کے بعد عصب پنجم کی حسی جڑ ماؤف ہوکر پہلے اس جانب پر ملتحمی معکوسہ (corneal reflex) میں کمی یا نقصان واقع کرتی ہے، اور ازاں بعد ثلاثی توامی میدان کا سن پن اور عدم حسیت پیدا کر دیتی ہے۔ اس درجہ میں وہ دہلیزی تعاملات (vestibular reactions) جو دہلیزی آلہ کی حراری گردشی، یا گیلوانی تہییج سے طبعی طور پر حاصل ہو سکتے ہیں، ماؤف جانب پر غیر موجود پائے جاتے ہیں۔ عصب ہفتم ماؤف ہوتا ہے، اور اس کا نتیجہ محیطی قسم کی وجہی کمزوری ہوتی ہے۔ رقص مقلہ موجود ہوتا ہے اور یہ اس وقت سب سے زیادہ نمایاں ہوتا ہے جبکہ مریض ضرر والی جانب کے طرف دیکھتا ہے۔ اور بالآخر وہ امارات پیدا ہوجاتے ہیں جو مخیخ کے جانبی ضرر کی امتیازی خصوصیت کی حیثیت سے پہلے بیان کئے گئے ہیں، اور اس کے ساتھ ہی دردسر، اذ یمائے قرص بصری (papillœdema) اور درون جمجمی دباؤ کی زیادتی کے دوسرے امارات ہوتے ہیں۔

کاذب تمیزی امارات۔ یہ پہلے بیان کیا گیا ہے کہ دماغی سلعہ کی بالیدگی کے آخری درجوں میں درون جمجمی تناؤ کی زیادتی سے جو میکانی حالات پیدا ہوجاتے ہیں وہ ایسے علامات پیدا کر سکتے ہیں جن کی تجزیری اہمیت کاذب ہوتی ہے۔ یہ علامات جمجمی اعصاب پر جبر کے اثر سے پیدا ہوسکتے ہیں، یا اندرونی استسقاء الدماغ کے دباؤ سے قشرہ پتلا پڑجانے کی وجہ سے، یا کسی اہم عرق کے تسدد سے۔ اس طریقہ سے سب سے زیادہ عام طور پر متاثر ہونے والے جمجمی اعصاب وہ ہیں جو کہ چھٹے جوڑے کے ہیں۔ لہذا عصب ششم کا ایسا شلل جو درون جمجمی سلعہ کے علامات کے مرمیں دیر سے نمویاب ہو ایک منفرد امارت کی حیثیت سے ناقابل لحاظ اہمیت رکھتا ہے۔ دوسرے جمجمی اعصاب جو مماثل طریقہ سے متاثر ہوسکتے ہیں سوم، پنجم، ہفتم اور ہشتم ہیں۔ قشرہ کا پتلا پڑجانا ان آجل اصابتوں میں غالباً حرکی جیکسونی حملوں کے گاہ بگاہ وقوع کی، اور بالائی حرکی عصبیہ کے خطوں کی ماؤفیت کے امارات کی توجیہ کرتا ہے۔ قذالی لختہ کے سلعہ سے خیمہ (tentorium) پر نیچے کی طرف پڑنے والے دباؤ سے دُمیغی علامات پیدا ہوسکتے ہیں۔

یہ بھی ایک غیر مشکوک حقیقت ہے کہ دماغی سلعہ کی بعض اصابتوں میں

730 جن میں درون جمجمی دباؤ بلند درجہ کا ہوتا ہے، وتری جھٹکے بالائی اور زیریں دونوں جوارح میں مفقود ہو سکتے ہیں۔ اس کے وجوہات کسیقدر غیر واضح ہیں۔

ایک مشتبہ دماغی سلعہ کی اصابت میں ہمیشہ جمجمہ کا باحتیاط معائنہ کرنا چاہیے۔ بچوں میں اکثر جمجمہ بڑا ہوجاتا ہے، اور درزیں کھل جاتی ہیں، خاص طور پر جبھی جداری درز جس پر قرع سے ایک ''پھوٹی ہنڈی'' کی آواز نکلتی ہے۔ ایک آہستہ نشوونما پانے والا اوپری سلعہ، برافتادہ ہڈی کا تاکل یا بیش عظمیت واقع کر دیتا ہے، اور ایک سلعہ سحائیہ کی حالت میں ایسا ہونے کا خاص طور پر امکان ہے۔ شریانی وعائی سلعہ بسا اوقات ایک حرو (bruit) پیدا کرتا ہے جس کو مریض شناخت کر لیتا، اور بعض اوقات اس کی شکایت کرتا ہے، اور جس کو طبیب راسی استماع کرنے پر سن سکتا ہے۔ ایسا ہی حرو بعض اوقات ایک عروقی سریشی سلعہ پر سنا جا سکتا ہے۔

دماغی نخاعی سیال ایسے درجہ میں جب کہ ابھی بڑھے ہوئے درون جمجمی دباؤ کی دیگر شہادتیں ظاہر نہیں ہوتیں ضغط پیما کے ذریعہ دباؤ کی زیادتی ظاہر کرتا ہے۔ پانی کے ۲۰۰ ملی میٹر سے اوپر کا دباؤ معنی خیز ہے۔ آخری درجوں میں یہ دباؤ ۵۰۰ ملی میٹر تک بلند ہوتا ہے۔ معائنہ کرنے پر سیال بسا اوقات طبعی ہوتا ہے، لیکن بعض اصابتوں میں اس میں پروٹین کی زیادتی پائی جاتی ہے۔ عام طور پر اس کے ساتھ خلیات کی کوئی زیادتی نہیں ہوتی۔ اس قسم کا سیال ہمیشہ ایک عروقی سلعہ کی طرف اشارہ کرتا ہے جس سے کسی بطین میں عبرارتشاح ہو رہا ہو، نیز یہ کسیقدر باقاعدگی کے ساتھ سمعی سلعات کی حالت میں بھی پایا جاتا ہے۔ سیال میں خلیات کی زیادتی ایسی نوبالید کی حالت میں ہو سکتی ہے جو تنخر پذیر ہو اور دماغ کی یا کسی ایک بطین کی سطح کے قریب واقع ہو۔

لاشعاعیں، سلعہ کے جرم میں نکلس کے رقبہ جات ظاہر کرتی ہیں۔ یہ اکثر اوقات زیرنامی قناۃ کے سلعات میں، اور اس سے کمتر اوقات مزمن قسم کے سریشی سلعہ میں (نجم خلوی سلعہ، قلیل شجریہ سریشی سلعہ) اور سحائی سلعات میں دیکھے جاتے ہیں۔ جمجمہ کی ہڈیوں میں جن غیر طبعی حالتوں کی تلاش کرنی چاہیے وہ یہ ہیں:— استسقاء الدماغ کی وجہ سے صاتورہ کا عمومی پتلا پن، اور نظہار السرج

(dorsum sellæ) کا تاکل جو کہ بہترین طور پر بچوں میں دیکھا جاتا ہے۔ درون سرجی سلعات میں سرج ترکی کی غبارگی۔ فوق السرج سلعات میں مہد آسا زائدوں کا اتلاف اور ظہر السرج کا تاکل۔ سحائی سلعات میں مقامی تاکل یا بیش عظمیت، یا ہڈی کی بڑھی ہوئی عروقیت۔ بیش پسی منظر میں ایک طبعی طور پر تکلس یافتہ جسم صنوبری کا ایک طرف ہٹا ہوا ہونا دوسرے نیم کرے میں سلعہ کی شہادت دیتا ہے۔ لاشعاعی تفتیش کو مزید جاری رکھنے کا طریقہ یہ ہے کہ بطینوں میں ہوا کا اشراب کیا جائے جس کے لئے خواہ قطنی کچوکا دیا جائے (دماغی ترسیم = enecephalogram) یا کھوپری میں برمے کے ذریعہ سوراخ کر کے جانبی بطین میں کچوکا دیا جائے (بطینی ترسیم = ventriculogram)۔ ایسی صورت میں لاشعاعیں بطینی نظام کا خاکہ ظاہر کرتی ہیں۔ ایک زیر خیمیتی سلعہ کی حالت میں دونوں جانبی بطین متشاکل طور پر متمدد پائے جائیں گے اور ایک پیش پسی منظر میں تیسرا بطین ان کے درمیان نظر آئے گا۔ ایک نیم کرہ کا سلعہ اس طرف کے جانبی بطین کا تشوہ یا انطماس، اور دوسری طرف کے جانبی بطین کا تمدد واقع کرتا ہے اور فاصل وسطی خط سے ایک طرف ہٹ جاتا ہے۔ تیسرے بطین کا سلعہ جانبی بطینوں کا متشاکل تمدد پیدا کرتا ہے، اور تیسرا بطین خود مطموس یا مشوہ ہو جاتا ہے۔ ایسے سلعات کی تمیز میں جو بلا کسی غیر مشتبہ امارت کے بڑھا ہوا حجمی دباؤ پیدا کر رہے ہوں ہوائی اشرابات نہایت مفید ہو سکتے ہیں، لیکن وہ خطرے سے خالی نہیں ہیں اور ان کو صرف اس وقت کام میں لانا چاہئے جب کہ ایک سرجن (surgeon) کا تعاون حاصل ہو تاکہ اگر بڑھے ہوئے انضغاط کی علامات نمودار ہوں تو وہ فی الفور عملیہ انجام دینے کے لئے تیار ہو۔

تشخیص۔ جب درون حجمی دباؤ کی زیادتی کے امارات ایک بار قایم ہو جاتے ہیں تو تشخیص مقابلتہً آسان ہوتی ہے۔ ہٹیلے یا ہمیشہ مکرر ہونے والے نوبتی نوعیت کے دردسر کے ہمراہ اذیمائے حلیمۂ بصری کی موجودگی تقریباً تمام اصابتوں میں دماغ کے سلعہ کا ثبوت ہے۔ ایک حالت جس کو بہ احتیاط متفرق کرنے کی ضرورت ہوتی ہے، وہ ہے جو آتشکی سحائی التہاب (syphilitic meningitis) کے باعث ہوا کرتی ہے۔ آتشک کی دوسری شہادت، اور خون یا دماغی نخاعی سیال کے

اندر تعامل واآزرمن مثبت ملنے سے تشخیص طے ہو سکتی ہے' اور اس سلسلہ میں یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ گا ہے یہ تعامل خون میں منفی لیکن سیال میں مثبت ہوتا ہے۔ ایک مزید امکان جس کا لحاظ کرنا چاہیئے یہ ہے کہ آتشک کے مریض کو ممکن ہے دماغی سلعہ بھی ہو۔ مشکوک اصابتوں میں دافع آتشک علاج فیصلہ کر دیتا ہے۔

بڑھے ہوئے درون جمجمی دباؤ کے دوسرے اسباب جو سلعہ سے مشابہت پیدا 731
کرتے ہیں' مزمن دماغی خراج (chronic cerebral abscess) اور مزمن زیر جافی سلعہ دموی (chronic subdural hæmatoma) ہیں۔ اول الذکر میں عفونت کی اور آخر الذکر میں سر کے تضرر کی روئداد حاصل ہونی چاہیئے' اور نخاعی سیال میں کثیر الاشکال نواتی سفید خلیات کی موجودگی ہمیشہ خراج کا ایما کرتی ہے۔ تاہم خراج یا سلعہ دموی بعض اوقات صرف ایک استقصائی عملیہ کے دوران میں دریافت ہوتے ہیں جو ایک فرضی سلعہ کے لیے انجام دیا جاتا ہے۔

شریانی مرض کے دوران میں جس کے ساتھ کلوی ماؤفیت ہو یا ممکن ہے نہ ہو' بلیش تلنشی بحران واقع ہوتا ہے جس کی سریری تصویر بعض اوقات ایک سلعہ کی تصویر سے ملتی جلتی ہے' لیکن شریانی مرض کی حالت میں بالعموم قعر میں عصبی سر سے فاصلہ پر شبکیتی نزفات پائے جاتے ہیں' اور شبکیتی عروق میں ممیز تغیرات پائے جاتے ہیں۔ آخراً فشار نبض پیما کے استعمال سے بالعموم تشخیص کا فیصلہ ہو جاتا ہے۔

اس قسم کا استسقاء الدماغ جو کہ نبقی سحائی التہاب اسحیہ' التہاب اذن وسطی' اور بعض اوقات تضرر سر کے بعد واقع ہو جاتا ہے' ہر مثال میں مناسب گذشتہ روئداد سے تمیز کیا جاتا ہے۔

سباتی التہاب دماغ یا دوسری قسم کا التہاب دماغ گا ہے دقت کا موجب ہوتا ہے۔ ایسی اصابتوں میں بڑھے ہوئے درون جمجمی دباؤ کا فقدان' جو سریری طور پر یا قطنی کچوکے پر مشاہدہ کیا جائے، سلعہ کی تشخیص خارج از بحث کرنے کے لئے نہایت مفید ہوتا ہے۔

جب بڑھے ہوئے درون جمجمی کی ممیز تصویر موجود نہ ہو' تو دماغی سلعہ کی تشخیص بسا اوقات نہایت دشوار ہوتی ہے' اور اس کو مختلف حالتوں سے تمیز کرنا

پڑتا ہے۔

ان اصابتوں کو جن میں معمر اشخاص میں ترقی پذیر فالج نصفی، یک جانبی عدم حسیت یا استبصاری میدان کا نقص ہو، عروقی مرض کے اثرات سے متفرق کرنا چاہیئے۔ یہاں رفتار ترقی ایک نہایت اہم نکتہ ہے، کیونکہ سلعہ کی حالت میں یہ ہمیشہ اس سے زیادہ سست ہوتی ہے کہ جس کی توجیہ دماغی علتیت کی بنا پر کی جاسکتی ہے۔ اصابتوں کے اس گروہ میں مزمن زیر جافی سلعہ دمویہ کے امکان کو بھی پیش نظر رکھنا چاہیئے۔

صرعی حملے، خواہ مقامی یا عمومی، خود رو صرع کے ابتدائی درجوں میں، یا آتشک، یا قشرہ کے کسی پرانے عروقی ضرر یا تضرر کے باعث ہو سکتے ہیں۔ دماغی سلعہ اور خود رو صرع کے درمیان تفریقی تشخیص نہایت ہی دشوار ہے، اور بعض اوقات صرف مرور زمانہ کے ساتھ ممکن ہوتی ہے۔ جب اس مرض کی خاندانی سرگزشت یا دوسرے سبب کے بغیر ادھیڑ عمر میں صرعی حملے ہونے لگیں تو تمام مریضوں میں سلعہ کا شبہ کرنا ایک صحیح اصول ہے، اور ان کی تفتیش اسی نقطہ نگاہ سے کرنی چاہیئے۔

دماغی سلعہ کی ذہنی علامات کو دوسری عضوی عتاہتوں کی علامات سے متفرق کرنا چاہیئے، بالخصوص آتشک، شریانی صلابت، اور قبل شیخوخی عتاہت کی علامات سے۔ نخامی اور فوق السرج سلعات سے پیدا شدہ ذبول عصب بصری کو دوسرے اسباب، اور خاص طور پر آتشک کے ذبول عصب بصری سے متفرق کرنا چاہیئے۔

دمیغ اور ساق دماغ کے سلعات بعض اوقات ایسے علامات پیدا کر دیتے ہیں جو منتشر صلابت کے علامات سے خلط ملط ہو جانے کا امکان رکھتے ہیں، لیکن آخر الذکر مرض میں منتشر علامتیات اور اس کے ساتھ درون جمجمی دباؤ کا فقدان، بالعموم تشخیص کیلئے کافی ہوتا ہے۔

جب ایک دماغی سلعہ کی موجودگی اور اس کا محل وقوع دریافت ہو جائے تو بسا اوقات اس کی نوعیت کے متعلق معقول یقین حاصل کرنے کا طریقہ یہ ہے کہ علامات کے علاوہ، مریض کی عمر، اور خصوصی تفتیشات مثلاً لاشعاعوں اور قطنی کچوکے کے نتائج کا لحاظ کیا جائے۔ یہ قول نخامی غدی سلعات، اور زیر نامی قناۃ کے سلعات اور سمعی سلعات کے متعلق خاص طور پر صادق آتا ہے۔ ایک بچے میں وسط دمیغی سلعہ، تقریباً ہمیشہ

لب ناہضی سلعہ یا نجم خلوی سلعہ ہوگا' اور اول الذکر ذرا زیادہ ابتدائی عمر میں واقع ہوتا ہے اور اس میں کوتاہ تر سرگذشت حاصل ہوتی ہے۔ ادھیڑ عمر یا اس سے زائد عمر کے شخص میں ایک سرعت کے ساتھ نشو و نما پانے والا سلعہ جو ایک دماغی نیم کرہ میں گہرا واقع ہو' تقریباً یقینی طور پر اسفنج ناہضی سلعہ ہے۔ دماغی نخاعی سیال میں بلند پروٹینی مشمول' اس شبہ کو تقویت دیتا ہے۔ سلعہ سحائیہ کے اوپر پڑی ہوئی ہڈی کا لاشعاعی منظر' اس سلعہ کے لئے ممیز ہوتا ہے۔ امراضیاتی تشخیص کی پیچیدگیوں پر زیادہ طویل
بحث یہاں نہیں کی جائے گی۔ مرضی تشریح' امراضیات' اور علامات کی فصلوں میں جو 732
معلومات دی گئی ہے' اس کے باہمی رشتہ کو مناسب طور پر سمجھ لینے سے طالب علم اپنی رائے خود قائم کر سکتا ہے۔

انذار۔ ان اصابتوں میں جن پر عملیہ نہیں کیا گیا تھا' بعد الممات امتحان میں تصدیق کردہ اصابتوں کے ایک سلسلہ میں یہ پایا گیا کہ مریض کے زندہ رہنے کا زمانہ ایک سال سے لے کر دو سال تک تھا (Tooth)۔ سریع بالیدگیوں مثلاً اسفنج ناہضی سلعہ' لب ناہضی سلعہ' اور سروحی سرطان میں قدرتی طور پر یہ سب سے کم ہوتا ہے۔ سلیم ترین سلعات میں یہ نسبتاً بہت زیادہ طویل ہوتا ہے۔ توقع حیات شاید سادہ قسم کے نخامی سلعات میں طویل ترین ہوتی ہے' جو سرج ترکی کے اندر اپنے محل وقوع کی وجہ سے درون جمجمی دباؤ کی زیادتی نہیں پیدا کر سکتے تاوقتیکہ ان کے نمو کا نہایت متاخر درجہ نہ ہو۔

جب درون جمجمی دباؤ کے امارات ایک مرتبہ نمویاب ہو جائیں' تو ثانوی ذبول عصب بصری کی وجہ سے اندھا پن پیدا ہونے کا اندیشہ ہے۔ آخری درجوں میں ذہنی علامات بھی طاری ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ موت' جو کہ تنفسی مراکز کے فشل سے واقع ہوتی ہے' ممکن ہے انتہائی طور پر ناگہانی ہو۔

مختلف قسم کے سلعات میں جراحی علاج کا انذار اس فصل میں بیان کیا گیا ہے جو کہ مرضی تشریح سے بحث کرتی ہے۔

علاج۔ آتشکی صمغیہ کا علاج وہی ہے جو آتشکی التہاب سحایا کا ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 693)۔ سلعہ درنیہ میں بصارت کی حفاظت کرنے کے لئے ایک ضمنہ زبا

عملیہ کی ضرورت ہے۔ ورنہ اس کا علاج وہی ہے جو دوسری جگہ کے تدرن کا ہوتا ہے، یعنی آرام، سورج کی روشنی اور تازہ ہوا۔ دوسرے دماغی سلعات کا علاج تقریباً تمامتر جراحی ہے، جیسا کہ مرضی تشریح کی فصل میں بیان کیا گیا ہے۔ بعض قسم کے سلعات کو جن کی نمایاں ترین مثالیں لب ناہضی سلعہ، اسفنج ناہضی سلعہ اور بیروحی سلعہ ہیں، اپنے حال پر چھوڑ دینا ہی بہتر ہے، اگرچہ بعض اصابتوں میں امراضیاتی تشخیص قائم کرنے کے لئے ایک استقصائی عملیہ کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ لب ناہضی سلعات کسی حد تک عمیق لاشعاعی علاج سے اثر پذیر پائے جاتے ہیں، اور اسیطرح نخامی غدی سلعات بھی۔

دوائی علاج علامات کی تسکین تک محدود ہے۔ کامل سکون و آرام، سر پر برف کی تھیلیاں، کیفین، فیناسیٹین اور ایسپرین مجموعی طور پر، اور بالآخر افیون، وہ ذرائع ہیں جو کہ ہم کو حاصل ہیں۔ بڑھے ہوئے درون جمجمی دباؤ کے علامات سے عارضی تسکین اس طرح حاصل کی جا سکتی ہے کہ بیش تنشی محلولات دئے جائیں، مثلاً ۳ اونس میگنیشم سلف ۲ اونس پانی میں براہ مستقیم، یا گلوکوس کے ۵۰ فی صدی محلول کے ۵۰ ــــ ۱۰۰ مکعب سینٹی میٹر درون وریدی طور پر۔

مرض استسقاء الدماغ

(chronic hydrocephalus)

استسقاء الدماغ جمجمی کہفہ کے اندر سیال کے اجتماع کا نام ہے۔ حاد انصباب بیشتر التہاب سحایا سے پیدا ہو جاتا ہے، خواہ یہ التہاب درنی ہو یا نبقی سحائی ہو۔ اول الذکر مرض ایک زمانہ میں حاد استسقاء الدماغ (acute hydrocephalus) کے نام سے یاد کیا جاتا تھا۔

اس لحاظ سے کہ سیال تمامتر دماغ کے بُطینوں میں مشمول ہے یا باہر کے طرف دماغ اور کھوپری کے درمیان تحت العنکبوتیہ فضا میں بنا ہے، مرض استسقاء الدماغ کی تقسیم اندرونی اور بیرونی قسموں میں کی گئی ہے۔ یہ سچ ہے کہ بڑھاپے میں، اور دیگر حالات کے باعث، مثلاً تنیف دماغ جسامت میں گھٹ جاتی ہیں، تجاویف چوڑی

ہو جاتی ہیں، اور وہ فضا جو دماغی جرم کے غائب ہو جانے سے کھوپری میں اس طرح باقی رہ جاتی ہے سیال سے پُر ہو جاتی ہے۔ اسیطرح دماغ کے مقامی سکڑاؤ سے جو نقصان ہو جاتا ہے وہ بھی سطح پر سیال کے اجتماع سے پورا ہو جاتا ہے۔ لیکن اس تعویضی افراز سے حقیقی استسقاء الدماغ کے کوئی اثرات نہیں پیدا ہوتے۔ حقیقی بیرونی استسقاء الدماغ ایک نہایت شاذ حالت ہے، جس کی ماہیت اب تک سمجھ میں نہیں آئی ہے، لیکن خیال کیا جاتا ہے کہ وہ سحایا کے مزمن التہابی تغیّرات کے نتیجہ کے طور پر پیدا ہو جاتا ہے، اور اس لحاظ سے اُسے مصلی التہاب سحایا (serous meningitis) بھی کہتے ہیں۔

اندرونی استسقاء الدماغ کی تقسیم، جس میں تمدد دماغ کے بطینوں تک محدود ہوتا ہے، پیدائشی اور اکتسابی قسموں میں کی جاسکتی ہے۔

پیدائشی اندرونی استسقاء الدماغ (congenital internal hydrocephalus) ۔ یہ حالت پیدائش کے وقت یا تھوڑے عرصے بعد دیکھنے میں آتی ہے، اور غالباً دماغی نخاعی سیال کے افراز، اس کے دوران، اور اس کے انجذاب میں کسی پیدائشی غیر طبعی حالت پر منحصر ہوتی ہے۔

کوئی شہادت اس مفروضہ کی تائید میں نہیں کہ اس کا سبب مشیمی ضفیرے
(choroid plexus) کا بیش افراز ہے۔ ایسی اصابتیں پائی گئی ہیں جن میں 733
معبر سلویئس (Sylvian aqueduct) میں یا اور کہیں ایک پیدائشی انسداد ملا ہے، یعنی اُس راستہ میں جو کہ دماغی نخاعی سیال کے مبدائی سرچشمہ، جو بالخصوص جانبی بطینوں میں ہے، اور قاعدۂ دماغ کے وریدی مجریات، جن میں دماغی نخاعی سیال کا بازانجذاب ہو جاتا ہے، کے درمیان ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 606)۔ پھر بھی ایک بڑی اکثریت ایسی اصابتوں کی باقی رہ جاتی ہے جن میں ایسا کوئی سبب نہیں پایا جاسکتا، اور اسیواسطے یہ قیاس ظاہر کیا گیا ہے کہ فشل ان مجریات میں واقع ہوتا ہے جن میں طبعاً سیال کا بازانجذاب ہونا چاہئے، اور یہ کہ ان اصابتوں میں عنکبوتی خملات غیر موجود یا ناقص ہوتے ہیں۔

یہ مفروضہ تاحال پایۂ ثبوت کو نہیں پہنچا ہے، لیکن اس خیال کی کسیقدر

تائید بعض تجربات سے ہوتی ہے جن سے ظاہر ہوتا ہے کہ جانوروں میں جب کاربن (کاجل = lamp-black) کے نہایت باریک پسے ہوئے ذرات کی تعلیق کی ذراسی مقدار تحت العنکبوتی فضا کے اندر داخل کی جاتی ہے تو یہ ذرات ان عنکبوتی خملات میں پہنچ جاتے ہیں جو کہ وریدی جوفوں میں واقع ہوتے ہیں اور جب وہ اس طرح سیال کے باز انجذابی مجریات کو مسدود کر دیتے ہیں تو اندرونی استسقاء الدماغ کی ایک ایسی تصویر پیدا کر دیتے ہیں جو انسان میں پائی جانے والی تصویر سے ہر طرح مشابہ ہوتی ہے۔

مرضی تشریح۔ استسقاء الدماغ کی اس قسم میں دماغ کے بُطینوں میں حد سے زائد سیال موجود ہوتا ہے، جو بعض اوقات ایک کوارٹ (چوتھائی گیلن) کے برابر یا اس سے بھی زائد ہوتا ہے۔ اس سیال میں دماغی نخاعی سیال کے خصائص موجود ہوتے ہیں، یعنے اس کی کثافتِ نوعی ۱۰۰۶ تا ۱۰۰۹ ہوتی ہے، اس میں کلورائڈ آف سوڈیم کی خفیف مقدار، البیومین محض برائے نام، اور بعض اوقات یوریا یا کولیسٹرین (cholestrin) موجود ہوتی ہے۔ یہ مائع تمام بُطینوں میں، یا بطینِ چہارم کے سوائے تمام بطینوں میں، یا صرف دونوں جانبی بطینوں میں واقع ہو سکتا ہے۔ اس کی بڑھتی ہوئی مقدار سے جرمِ دماغ بے انتہا متمدد ہو جاتا ہے، تلافیف چپٹے ہو جاتے ہیں، بلکہ بعض اوقات گھٹ کر چند سُوت موٹے رہ جاتے ہیں، اور قاعدی عقود دباؤ کی وجہ سے تناظراً پتلے پڑ جاتے ہیں۔ جب سیال کا اجتماع بطینِ چہارم میں ہوتا ہے تو ممکن ہے کہ مصیفِ سلویئس اُنگلی کی جسامت تک متمدد ہو جائے۔ جب بطینِ چہارم متسع نہیں ہوتا تو یہ مصیف اکثر مسدود ہوتا ہے۔ انتہائی اصابتوں میں اُن حصوں میں جن پر دباؤ سب سے زیادہ پڑتا ہے، رمادی اور سپید مادّے کے درمیان کوئی فرق باقی نہیں رہتا۔ برغلیفہ اکثر دبیز ہو جاتا ہے اور اُس میں نشا آسا اجسام (amyloid bodies) موجود ہوتے ہیں، اور اُس کی سطح باریک ابریکون سے ڈھکی ہوتی ہے۔

بعض اوقات استسقاء الدماغ مرکزی عصبی نظام کے دوسرے اضرار مثلاً شوکہ مشقوق = spina bifida یا نخاعی جوفیت = syringomyelia) کے ساتھ پایا جاتا ہے۔

علامات۔ مرض کی نہایت صریح، اور ممکن ہے کہ کچھ عرصے تک واحد علامت بچہ کے سر کی حالت ہے جو اس مرض سے پیدا ہو جاتی ہے۔ دماغ بڑا دباؤ کھوپری میں منتقل ہو جاتا ہے، اور جوں جوں کھوپری باہر کو پھیلتی جاتی ہے سر بڑا ہوتا جاتا ہے۔ یہ کلانی اکثر انتہائی درجہ کی ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ پیدائشی اصابتوں میں یہ وضع حمل میں تشویشناک تسدد پیدا کر دے۔ دوسری اصابتوں میں یہ زندگی کے ابتدائی چند مہینوں میں نمودار ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے کہ سر کا محیط ۱۶ یا ۱۸ انچ کے بجائے (جو ایک سال تک کی عمر کے معمولی ناپ ہیں) ۲۴ بلکہ ۳۲ انچ تک پہنچ جائے۔ اس کے ساتھ ہی سر گلو بچہ نما ہوتا ہے، اور کھوپری چہرے اور گردن کے اوپر سارے دور میں تقریباً یکساں طور پر بروز کئے ہوئے ہوتی ہے۔ چہرہ نسبتاً چھوٹا اور سکڑا ہوا نظر آتا ہے، اور شدید اصابتوں میں اس کا بشرہ تکلیف، تشویش، یا شیخوخیت ظاہر کرتا ہے۔ اندر سے واقع ہونے والا تمدد محجری صفحوں کو باہر کے طرف دھکیل دیتا ہے، اور مقلات نیچے کے طرف گھوم جاتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ قزحیہ اور قرنیہ دونوں کا زیریں حصہ زیریں پپوٹے کے نیچے غائب ہو جاتا ہے، اور صلبیہ کا بالائی حصہ منکشف ہو جاتا ہے۔ سر کی جسامت کی زیادتی کی وجہ یہ ہے کہ جمجمی ہڈیاں ایک دوسری سے علیحدہ ہو جاتی ہیں، جس سے یافوخ بہت بڑے اور درزیں چوڑی ہو جاتی ہیں۔ بعض اوقات ان فضاؤں میں تموج محسوس کیا جا سکتا ہے۔ زیادہ پرانی اصابتوں میں پایا جاتا ہے کہ ہڈیوں کے حاشیوں پر تعظم جاری رہکر درزوں کے اندر تک بڑھ گیا ہے، چنانچہ بالآخر اگر مریض زندہ رہتا ہے تو اس ذریعہ سے، اور جھلی میں جدا گانہ مرکزوں سے ہڈی کے تازہ صفحے (عظام مثلث الزوایا = ossa triquetra، ورمی ہڈیاں = Wormian bones) بن جانے سے ممکن ہے کہ کھوپری کی قلتیں کامل طور پر پُر ہو جائیں۔ لیکن ابتدائی درجوں میں ہڈیاں پتلی، ڈھلوئی سے معرا اور شفاف ہوتی ہیں۔ جلد الراس کا چمڑا خوب تنگ کھنچا ہوا، اور حد سے زائد پتلا ہوتا ہے، اور اس کی سطح پر بڑی بڑی نیلی وریدیں متفرع ہوتی ہیں۔ بال عموماً کم ہوتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں جن میں سیال چنداں وافر نہیں ہوتا، ممکن ہے کہ ہڈیاں اتنی کھل جائیں کہ جرم دماغ پر زیادہ دباؤ نہ پڑنے پائے۔ ایسی حالت میں ممکن ہے کہ

علامات کلائی سر سے زیادہ آگے نہ بڑھیں۔ زیادہ سے زیادہ یہ ہوتا ہے کہ کسیقدر عام کمزوری اور دبلا پن پیدا ہو جاتا ہے، اور اس سے بھی کچھ عرصہ کے بعد بچہ شفایاب ہو جاتا ہے۔ لیکن بیشتر اصابتوں میں دوسرے علامات بھی ہوتے ہیں۔ عقلی قوت میں کمی ہوتی ہے۔ بالخصوص اتنا بڑا سر سیدھا نہیں رکھا جا سکتا اور وہ کبھی ایک جانب کبھی دوسری جانب کے طرف گر گر جاتا ہے، یا جب بچہ بستر میں اٹھ کر بیٹھتا ہے تو سر کو ہاتھوں سے تھامنا پڑتا ہے۔ بچہ چل نہیں سکتا، یا معتدل اصابتوں میں اسے چلنے کا سلیقہ محض طویل عرصہ کے بعد حاصل ہوتا ہے۔ بصارت اکثر ناقص یا مفقود ہوتی ہے، اور انتہائی مثالوں میں اعصاب بصری کا ذبول ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ دوسرے حواس میں بھی کسی حد تک خرابی واقع ہو جائے۔ وظائف عقلیہ اکثر ناقص ہو جاتے ہیں۔ بچہ بولنا دیر سے سیکھتا ہے، اس کی بالیدگی کے لحاظ سے بہت زیادہ طفل مزاجی ظاہر کرتا ہے۔ وہ ضدی، چڑچڑا یا بدمزاج ہوتا ہے۔ شدید اصابتوں میں اکثر اوقات رقص متقلہ، کمزور شدہ جوارح میں کرختگی اور تشنج، تشنجات اور قئے ہوتی ہے۔ ان میں سے بہت سے مریض نوعمر مر جاتے ہیں۔ اُن پر بے حسی یا نیم قوما کی حالت طاری ہو جاتی ہے، اور وہ بستر میں اس طرح پڑے رہتے ہیں کہ آنکھیں بند یا پھڑکتی ہوئی ہوتی ہیں، جوارح کرخت یا سخت ہو جاتے ہیں، پیشاب اور پاخانہ خطا ہو جاتا ہے، وہ ہمیشہ کراہتے یا دھیمی آواز سے روتے رہتے ہیں، اور غذا لینے سے انکار کرتے ہیں یا انھیں کھانے کا ہوکا ہوتا ہے۔

بالآخر ممکن ہے کہ تشنج، یا قوما، یا کوئی بین رومرض، جیسے کہ شعبی التہاب (bronchitis)، ذات الریہ، یا کھسرا (measles) اِس منظر کا خاتمہ کر دے۔

بعض اوقات سیالِ جلد کے انشقاق سے یا ناک یا آنکھوں کی راہ سے پھوٹ کر باہر نکل آیا ہے۔

انذار۔ مرض کی مدت مختلف ہوتی ہے۔ تیسرے سال سے آگے بہت کم مریض زندہ رہتے ہیں۔ نہایت خفیف درجہ کی اصابتوں میں ممکن ہے کہ شفا ہو جائے، یا یہ کہنا زیادہ صحیح ہوگا کہ مرض کی ترقی رک جائے۔ سر فریڈرک ٹیلر نے ایک اصابت درج کی ("Clin. Trans.," 1897) جس میں ایک لڑکا

کامل ذہنی نمو اور جسمانی قابلیت کے ساتھ سولہ سال کی عمر کو پہنچا' اور پھر سریع دماغی نخاعی علامات کے ساتھ مر گیا' اور اُس کے بُطینوں میں ۳۰ اونس سیّال موجود ملا۔ چند ایک اصابتیں ایسی بھی ہوئی ہیں جن میں مریض ساٹھ یا ستر سال کی عمر تک زندہ رہے۔

تشخیص۔ اِس مرض اور کساحتہ (rickets) کے باہم خلط ملط ہونے کا بہت امکان ہوتا ہے۔ کساحتی سر کی شکل کروی ہونے کے بجائے مکعبی ہوتی ہے' اور اُس میں قمتہ الراس چپٹا ہو جاتا ہے۔ آنکھ کے ڈھیلے نیچے کو ہٹے ہوئے نہیں ہوتے' جوارح کمزور ہو سکتے ہیں' مگر ذہنی یا عقلی قویٰ ناقص نہیں ہوتے۔ علاوہ ازیں کساحتہ کی دوسری شہادتیں کسی نہ کسی وقت موجود ہوتی ہیں' مثلاً وانے دار پسلیاں' موٹی کلائیاں' سر میں پسینہ آنا' اور عام الیمیت۔

علاج۔ اُن اصابتوں میں جن میں مصیفِ سِلوئیس اور سوراخ مُجنڈی مسدود نہیں ہوئے ہوں قطنی کچوکے کے ذریعہ متمدد بطینوں کی میلیت قایم کیجا سکتی ہے۔ دوسری اصابتوں میں جن میں بطینوں اور نخاعی تحت العنکبوتی فضا ء کے درمیان تسدد موجود ہو' بُطینی کچوکے کے ذریعہ میلیت قایم کی جا سکتی ہے۔ لیکن اس کا اثر محض عارضی ہوتا ہے۔ مستقل میلیت قایم کرنے کے لئے بہت کوششیں کی گئی ہیں لیکن تا حال کوئی کامیاب نہیں ہوئی۔ اس کی بڑی احتیاط رکھنی چاہیئے کہ تکیہ پر چست متمدد جلد الراس کے دب جانے سے قروح الفراش نہ بننے پائیں۔

اکتسابی اندرونی استسقاء الدماغ (acquired internal hydrocephalus)

۔ یہ بچوں اور بالغوں دونوں میں ہو سکتا ہے لیکن زیادہ تر اول الذکر میں ہوتا ہے۔ نہایت عام طور پر یہ قاعدی سحائی التہاب (basal meningitis) کا نتیجہ ہوتا ہے (بالخصوص اس کی نبتی سحائی قسم کا)' اور اُن التہابی انضمامات سے پیدا ہو جاتا ہے جو دماغی نخاعی سیال کے رہگذر کو اس کے بطین چہارم سے باہر نکلنے کے مقام پر مسدود کر دیتے ہیں۔ ایسا ہی انسداد آن میکانی حالات سے بھی واقع ہو جاتا ہے جو دماغ کے سلعات سے پیدا ہو جاتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 724)۔ اُن رسولیوں سے جو اپنے ابتدائی درجوں ہی میں مصیفِ سلوئیس کو

راست مسدود کر دیتی ہیں۔ اس کے پیدا ہونے کا امکان خاص طور پر ہوتا ہے۔
علاوہ ازیں اکتسابی استسقاء الدماغ کی اصابتوں کا ایک چھوٹا گروہ اور ہے جس کو راقم الحروف نے التہابی اذنی استسقاء الدماغ کا نام دیا ہے، اور اس میں علامات التہابِ اذنِ وسطی کے مرض کے دوران میں یا اس کے بعد نمویاب ہو جاتی ہیں، بالخصوص اگر اس میں جانبی جوفی علقیت کی پیچیدگی واقع ہو گئی ہو۔ بعض اصابتوں میں کوئی تسلی بخش سبب دریافت نہیں ہو سکتا۔

مرضی تشریح۔ دماغی سلعہ کی وجہ سے پیدا ہو جانے والے استسقاء الدماغ کی اصابتوں میں جو مناظر پائے جاتے ہیں وہ بیان کئے جا چکے ہیں۔ سحائی التہاب کے بعد پیدا ہو جانے والی اصابتوں میں سوراخہائے مجنڈی ولوشکا (foramina of Magendie and Luschka) التہابی مادے سے مطموس ہوتے ہیں۔

735 **علامات۔** سحائی التہاب کے بعد پیدا ہو جانے والی اصابتوں میں استسقاء الدماغ کی حالت سرایت رساں مرض کے بعد فی الفور پیدا ہو جاتی ہے۔ شیر خواروں میں کلانی سر اور ساتھ ہی دوسرے علامات جن کا اس مرض کی پیدائشی قسم میں تذکرہ کیا گیا ہے، اس حالت کے صریح امارات ہوتے ہیں۔ نسبتہً زیادہ عمر والے بچوں اور بالغوں میں ممکن ہے کہ شدید اور ہٹیلا دردِ سر اسکی خاص امارت ہو۔ دباؤ کی زیادتی کے علامات، جو اس حالت کے ساتھ اس وقت پائے جاتے ہیں جب کہ یہ دماغی سلعہ کی وجہ سے پیدا ہو گئی ہو، پہلے بیان کئے گئے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 725)۔

وہ شاذ اصابتیں جن میں کوئی سبب نہیں دریافت ہو سکتا، جب بالغوں میں ہوتی ہیں تو دوروں جیسی دباؤ کی زیادتی کے علامات پیش کرتی ہیں، جن کی تشخیص دماغی سلعہ کے علامات سے بمشکل ہو سکتی ہے۔ بطین سوم کے تمدد کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ تقاطعِ بصری پر دباؤ پڑنے سے ذبولِ عصبِ بصری، اور فوقانی اجسام رباعیہ توامیہ پر دباؤ پڑنے سے آنکھوں کی اوپر کی طرف کو حرکت کا شلل پیدا ہو سکتا ہے۔
انذار کا انحصار سبب پر ہوتا ہے۔ دماغی سلعہ کی وجہ سے پیدا ہو جانے والی

اصابتوں میں اِس کا تذکرہ پہلے کیا جاچکا ہے۔ سحائی التہاب کے بعد پیدا ہوجانے والی اصابتوں میں ممکن ہے بعض بچے بالآخر شفا یاب ہوجائیں، مگر یہ اکثر اوقات مصروع یا ناقص الذہن ہوتے ہیں۔ بالغوں میں ممکن ہے کہ یہ حالت چند ماہ تک جاری رہکر پھر یکایک فشل تنفس کے باعث ختم ہوکر مہلک نتیجہ کو پہنچے۔ نامعلوم السبب اصابتوں (اولی اکتسابی استسقاء الدماغ = primary acquired hydrocephalus) میں انذار زیادہ امید افزا ہوتا ہے۔ ممکن ہے فترات یا وقفے ہوں جو بعض اصابتوں میں سالہاسال تک جاری رہتے ہیں۔

علاج۔ سحائی التہاب کے بعد کی اصابتوں میں بطینی کچوکے اور سیلیت کی سفارش کی گئی ہے جس کے بعد ضد سحائی تبقی مصل (anti-meningococcal serum) داخل کردینا چاہیئے۔ اُن اصابتوں میں جو دماغی سلعہ کے باعث ہوں علاج کی تفصیل پہلے درج کی گئی ہے۔ التہابی اذنی اصابتوں کو اس طرح تسکین دیجاسکتی ہے کہ کمر قطنی کچوکا دیا جائے اور دماغی نخاعی سیال کی سیلیت کی جائے۔ بالآخر دباؤ گر کر طبعی لیول پر آجاتا ہے اور مستقل تسکین ہوجاتی ہے۔

عمومی شَلَل مجانین

(general paralysis of the insane)

آتشکی التہاب سحایا و دماغ (syphilitic meningo-encephalitis)

امراضیاتی لحاظ سے اِس مرض کا امتیازی خاصہ دماغ کے وہ وسیع انحطاطی اور التہابی تغیرات ہیں جو آتشک کے پیچ مویہ (spirochæle) سے پیدا ہوجاتے ہیں، اور سریری لحاظ سے ترقی پذیر ذہنی خرابی اور ساتھ ہی بعض طبیعی امارات اور آخری درجوں میں عمومی شلل ہے۔ جس خطاب سے یہ عام طور پر مشہور ہے وہ اُس وقت سے چلا آتا ہے جب کہ یہ مرض ایک پیچیدگی خیال کیا جاتا تھا جو جنون کی بعض اصابتوں میں واقع ہوجاتی ہے، اور اُسے اب سے بہت پہلے ترک کرکے اُس کے بجائے کوئی زیادہ علمی نام اختیار کرلینا چاہیئے تھا۔ مگر اس قدیم نام کا استعمال اب مروّج ہوچکا ہے۔

یہ مرض عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ ہوا کرتا ہے، اور بیشتر تیس اور پچاس سال کی عمروں کے مابین؛ سرایت کے پانچ تا پندرہ سال بعد ہوتا ہے۔
پیدائیشی سرایت کی وجہ سے بعض اصابتیں بچوں یا نوعمروں میں بھی پائی جاتی ہیں۔

مرضی تشریح۔ بالعموم سحایا موٹے ہوجاتے ہیں اور ساتھ ہی اُن کے درمیان اور سطح دماغ کے ساتھ انضمامات پیدا ہوجاتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جب حنونی عنکبوتیہ کو اُتارنے کی کوشش کی جاتی ہے تو قشرہ پھٹ جاتا ہے۔ خود دماغ عموماً معمول کے نسبت چھوٹا اور ہلکا ہوتا ہے۔ تزاریدٗ بالخصوص جبہی لختوں میں کے تزاریدٗ سُکڑے ہوئے، اور تجاویف مقابلتہً سیال سے پُر اور چوڑے نظر آتے ہیں۔ بطینوں کا بَرعلیفی استر موٹا غیر شفاف اور ناہموار ہوکر دانے دار منظر پیدا کرتا ہے۔

خُرد بین سے دیکھنے پر عروق کے درحلمی خلیات تکاثر ظاہر کرتے ہیں اور ساتھ ہی دماغی جرم میں خلیات کی گرد عروقی اور منتشر دریزش پائی جاتی ہے۔ ان میں لمفی خلیات (lymphocytes)، پلازما خلیے اور مختلف اقسام کے عصب سریشی خلیے (neuroglial cells) پائے جاتے ہیں۔ عصبی خلیے اور ریشے انحطاط کے مختلف درجوں میں ملتے ہیں۔ عصب سریشی ریشوں میں بھی نمایاں زیادتی ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ حقیقی تکسر اور لینت کے رقبہ جات پائے جائیں لیکن یہ مخصوصیت نہیں ہوتے۔ شاحب پیچ مویہ (spirochæte pallida)، جسے دماغ کے اندر ۱۹۱۳ء میں
736 ابتداءً نوغوچی (Noguchi) اور مور (Moore) نے دریافت کیا، بعد از اں بہت سی دوسری اصابتوں میں بھی بتلا دیا گیا ہے۔ لیکن اس کی توزیع چھدری چھدری ہوتی ہے، اور وہ اُسیوقت ملتا ہے جب کہ اُسکی تلاش میں کوشش اور تن دہی سے کام لیا جائے۔ ممکن ہے کہ نخاع میں انحطاطی تغیرات پائے جائیں جو دماغی اضرار کا نتیجہ ہوتے ہیں، اور متعدد اصابتوں میں پچھلے استوانوں کا ہمزماں انحطاط (ہزالی استرخا = tabo-paresis) بھی ہوتا ہے۔

علامات۔ علامات کی گروہ بندی میں بہت اختلاف دیکھا جاتا ہے۔

ابتدائی درجوں میں ذہنی علامات کی نوعیت مختلف ہوتی ہے، اور طبیعی اور ذہنی علامات کے درمیان کوئی موازات (parallelism) نہیں پائی جاتی، اور نہ انفرادی طبیعی امارات کے درمیان۔

اکثر و بیشتر ابتدائی ترین علامات وہ غیر محسوس تغیرات ہیں جو مریض کی شخصیت میں پیدا ہو جاتے ہیں۔ آدمی بے پروا اور بد احتیاط ہو جاتا ہے، وہ شراب نوشی میں بے اعتدالی پر مائل ہو جاتا ہے، یا جس قدر روپیہ پیسہ خرچ کرنے کا عادی تھا بلا وجہ اُس سے زائد خرچ کرنے لگتا ہے، یا چڑچڑا یا بے چین ہو جاتا ہے، بیوی اور خاندان والوں کے ساتھ اُس کی محبت میں تغیر ہو جاتا ہے، یا وہ بلا سبب بدگمان ہو جاتا ہے۔ اس کے برعکس ممکن ہے کہ ابتدائی تصویر محض عصبی نہاکت (neurasthenia) کی ہو، اور اُسے غیر معمولی تکان، بے خوابی اور چڑچڑے پن کی شکایت ہو۔ ممکن ہے کہ درد سر نمایاں علامت ہو، جس کا انحصار بلاشبہ سحائی ماؤفیت پر ہوتا ہے۔ بالعموم قوئ عقلیہ ابتدا ہی سے معتدل طور پر ماؤف ہو جاتے ہیں۔ تازہ اور بعید ماضی کے متعلق حافظہ میں نقائص موجود ہوتے ہیں، اور اس کے باعث سرگذشتِ مریض کے واقعات کی تاریخوں کے تعین میں تناقض پایا جاتا ہے۔ بالعموم اُسے اِن نقائص کا علم نہیں ہوتا، اور وہ یہی کہتا رہے گا کہ میرا حافظہ اُتنا ہی اچھا ہے جتنا کہ ہمیشہ سے تھا۔ مزاج کی کیفیت میں اکثر اختلالات واقع ہوتے رہتے ہیں، اور ان کی عام قسم وہ ہے جس میں مریض بے انتہا فرحاں، فعاّل اور پُرگو ہوتا ہے، اور ساتھ ہی اُسے عظمتِ نفس کے اختباطات ہوتے ہیں۔ اِن کا تعلق محض اُسی کی ذات سے ہوتا ہے، اور یہ ظاہر کرتے ہیں کہ وہ کیا ہے، اُس کے پاس کیا کچھ ہے، یا کہ وہ کیا کیا کر سکتا ہے۔ مثلاً یہ کہ وہ قادرِ مطلق، شاہِ انگلستان، یا وزیر اعظم ہے، یا دنیا میں سب سے زیادہ خوبصورت اور سب سے زیادہ طاقتور شخص ہے۔ اُس نے پیسہ پیدا کرنے کے لئے نہایت فراست آمیز اور عمدہ ترکیبیں ایجاد کی ہیں، اور اُس کے قبضہ میں ابھی سے بے انتہا مال و دولت ہے۔ اِس کے برعکس، اُس کے مزاج کی غالب کیفیت بے انتہا پستی کی ہو سکتی ہے، جس کا مخصوص و ممیز خاصہ اختباط کی زیادتی ہوتی ہے، جو اُسے سادہ مالیخولیا سے

تمیز کرنے میں ممد ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ اِس حالت میں مریض اقدامِ خودکشی کرے۔
علاوہ ازیں ایک اور قسم کا طریقہ آغاز مرض وہ ہے جو ترقی پذیر بیطئی الحسی اور عدم دلچسپی کی صورت میں ظاہر ہوتا ہے جس کی تہ میں مزاجی کیفیت کی کوئی خرابی موجود نہیں ہوتی۔

بارہا ابتدائی ترین علامت جو جاذب توجہ ہوتی ہے صرعی حملوں کا وقوع ہے۔ یہ صغیر یا کبیر قسم کے' عمومی یا ماسکی ہوسکتے ہیں۔ یہ مرض کی بیشتر اصابتوں میں جلد یا بہ دیر واقع ہوتے ہیں۔

جہاں تک کہ طبیعی علامات کا تعلق ہے' وجہی عضلات کے نشیب و فراز برابر ہوکر چہرہ غیر منظہر ہوجاتا ہے' اور بولنے میں عموماً لبوں اور گالوں میں رعشہ ہونے لگتا ہے۔ گفتگو بے سلیقہ اور مقطوع ہوتی ہے' اور ساتھ ہی شکل جملوں (مثلاً "میتھوڈسٹ ایپس کوپل": "Methodist Episcopical") کے تلفظ میں ارکان بھی کو حذف کردینے کا رجحان ہوتا ہے۔ بعض اوقات عصب بصری کا اوّلی ذبول (primary optic atrophy) موجود ہوتا ہے۔ باہر نکالی ہوئی زبان میں نہایت لطیف رعشہ ہوتا ہے' اور ممکن ہے کہ عصب تحت اللسانی کے نواتوں کی ماؤفیت کی وجہ سے ذبول بھی ہو۔ ممکن ہے کہ مرض کی ابتداہی میں آرگائل رابرٹسن کے طرز کے حدقات دیکھنے میں آئیں' اور آخری درجوں میں تو یہ شاذ ہی غیر موجود ہوتے ہیں۔ باہر پھیلائے ہوئے ہاتھ میں عموماً رعشہ دیکھا جاتا ہے' اور یہی رعشہ ہاتھ سے لکھنے میں بھی پایا جاتا ہے۔ ابتدائی درجوں میں وتری معکوسات کی حالت ہرمی اور پچھلے اُستوانوں کے ریشوں کی ماؤفیت کے درجہ کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے۔ باسط اخمصی جیبیت کے ساتھ کبھی اور کبھی جھٹکے مبالغہ آمیز یا مفقود پائے جاتے ہیں۔

ممکن ہے کہ کبھی کبھی سکتہ نما حملے فالج نصفی کے ساتھ واقع ہوجائیں۔ اس کے ساتھ اکثر تیز تپ پائی جاتی ہے' اور عموماً اِس کی ممیز خصوصیت یہ ہوتی ہے کہ اِس میں طبیعی امارات میں اس سے بہت زیادہ سرعت کے ساتھ اصلاح دیکھی جاتی ہے کہ جتنی سرعت کے ساتھ دماغی تزف یا علقیت میں پائی جاتی ہے۔

آخری درجوں میں دماغی اور جسمانی دونوں قسم کی ہمہ گیر خرابی واقع ہو کر، عاصرئ اقتدار مفقود ہو جاتا ہے، اور بالعموم مریض التہاب مثانہ (cystitis)، ذات الریہ، یا کسی دوسری بین رو سرایت سے ہلاک ہو جاتا ہے۔

اُن بچوں میں جو پیدائشی آتشک میں مبتلا ہوں آتشکی التہاب دماغ (syphilitic encephalitis) (طفولی عمومی شلل مجانین: Juvenile G.P.I.) پایا جاتا ہے، اگرچہ شاذ طور پر۔ یہ یا تو ابتدا ہی سے دماغی قلت (mental
737 deficiency) کی صورت میں ظاہر ہوتا ہے، یا بلوغ کے زمانہ میں یا بلوغ کے بعد
مترقی خرابی پیدا کر دیتا ہے۔ ان اصابتوں میں ذبولِ عصب بصری (optic atrophy) کا وقوع عام ہے۔

تعامل واز رمان تمام اصابتوں کی ۹۵ فی صدی میں خون کے اندر اور سو فیصدی میں نخاعی سیال کے اندر مثبت ہوتا ہے۔ نخاعی سیال میں دباؤ عموماً بلند (۲۰۰ ملی میٹر پانی کے لگ بھگ) ہو جاتا ہے اور خلیات کی تعداد میں زیادتی ہو جاتی ہے۔ یہ زیادہ تر یک نواتی ہوتے ہیں، لیکن کہیں کہیں اتفاق سے ایک آدھ کثیر الاشکال یا پلازمائی خلیہ بھی ہوتا ہے۔ اور پروٹین ۰.۱ فی صدی تک زیادہ ہو جاتا ہے۔ کولائڈی تعامل (colloidal reaction) مستمر طور پر استرخائی قسم (paretic type) کا ہوتا ہے، اور اس سلسلہ کے پہلے تین یا چار انبوبات میں کامل ترسیب واقع ہو جاتی ہے۔

تشخیص۔ دماغی شریانی تصلب (cerebral arteriosclerosis) میں ذہنی حالت اس حالت سے مشابہ ہو سکتی ہے جو شللی عتاہت (dementia paralytica) میں پیدا ہو جاتی ہے، لیکن اول الذکر مرض میں حافظہ کا نقص زیادہ عام طور پر حال ہی کے واقعات تک محدود ہوتا ہے، اور مریض اس کی شناخت کر لیتا ہے۔ الکحلیت (alcoholism) کو غلطی سے عمومی شلل سمجھا جا سکتا ہے اور یہ غلطی بڑی حد تک، لب، زبان اور ہاتھوں کے رعشہ کی وجہ سے ہو جاتی ہے، اور التہاب اعصاب محیط (peripheral neuritis) کے شروع ہو جانے سے اصابت میں اور بھی پیچیدگی واقع ہو سکتی ہے۔ لیکن مسلسل شراب نوشی کے ساتھ

علامات کا قریبی تعلق، حدقات چشم میں فرق نہ ہونا، اور عرصہ تک شراب کا پرہیز کرنے پر مریض کی حالت میں اصلاح واقع ہوجانا، یہ سب الکحلیت کیطرف اشارہ کرتے ہیں۔ ذہنی فشل (mental failure) جس کے ساتھ دماغی اضرار، مثلاً سلعات، موجود ہوں یا عتاہت (dementia) جو دوجانبی عروقی اضرار کی وجہ سے پیدا ہوگئی ہو (کاذب بصلی فالج pseudo -bulbar palsy:) تشخیص میں مشکلات پیدا کرسکتی ہے۔ نیز منتشر صلابت (disseminated sclerosis) کی بعض اصابتوں میں، جن میں دماغی مائوفیت جلد واقع ہوگئی ہو، احتیاط کے ساتھ تفریق کی ضرورت لاحق ہوسکتی ہے۔

سب سے زیادہ قیمتی مثبت علامات حدقی تغیرات اور متقطع گفتگو (slurring speech) ہیں۔ اور لازماً آتشکی سرایت کی سرگذشت سب سے زیادہ اہمیت رکھتی ہے۔

بالعموم خون اور نخاعی سیال کے امتحان سے تشخیص یقین کیساتھ کی جاسکتی ہے۔

اِنذار۔ بالعموم علاج نہ کیا جائے تو مرض ترقی کرتا ہے، اور اس زمانہ سے جب کہ سریری تشخیص ممکن ہوسکتی ہے پانچ سال کے اندر مہلک اختتام کو پہنچتا ہے۔ لیکن یہ ممکن ہے کہ فترات واقع ہوجائیں، اور چند اصابتوں میں مرض کا خودبخود رک جانا بیان کیا گیا ہے۔ اسیواسطے علاج کے اثرات کا اندازہ کرنا مشکل ہے۔

علاج۔ اب عام طور پر یہ تسلیم کیا جاتا ہے کہ اس مرض کا بہترین علاج ملیریا کی سرایت ہے۔ اس کو عموماً اس طرح عمل میں لایا جاتا ہے کہ کسی قاطلی ملیریا والے شخص کی وریدہ سے ۵ سی۔سی خون ایک پچکاری میں نکال لیا جاتا ہے، جس میں ۵ فی صدی سوڈیم سٹریٹ کے چند قطرے ہوتے ہیں۔ پھر اس کا تحت الجلدی اشراب مریض میں کردیا جاتا ہے۔ عام طور پر سلیم ثلاثی طفیلیہ استعمال کیا جاتا ہے اور زمانۂ حضانت چند دنوں سے لیکر چار ہفتوں تک مختلف ہوتا ہے۔ مریض کو بارہ قشعریرے ہونے دیے جاتے ہیں، اور پھر

کونین سلفیٹ روزانہ ۵ اگرین کی مقدار میں تین روز تک اور روزانہ ۱۰ گرین اس کے بعد کے گیارہ روز استعمال کرکے ملیریا کی سرایت کو روک دیا جاتا ہے۔ بالعموم اس کے بعد نوارسینو بیلان (novarseno-bilion) کے اشرابات کا ایک نصاب دیا جاتا ہے۔ اس علاج کے نتائج کے متعلق دعویٰ کیا گیا ہے کہ فترات کی فی صدی تعداد بلند درجہ کی (یعنے علاج کردہ اصابتوں کی ۳۰ فی صدی) ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ یہ فترات متعدد سال تک جاری رہ کر بعض مثالوں میں مریض کو اس قابل بنادیں کہ وہ اپنے کام پر واپس آسکے؛ اور دوسری مثالوں میں مرض کا اشتداد کرکے زندگی کو بڑھادیں۔ اس کے مقابل ۱۵ فی صدی کی شرحِ ہلاکت بھی قابلِ غور ہے، جو کہ اس علاج سے واقع ہوتی ہے۔

مریض کے دوستوں اور رشتہ داروں اور عامۃ الناس کے وسیع تر نقطۂ نظر سے تشخیص کا جلد ہوجانا نہایت اہم ہے، تاکہ سب متنبہ ہوجائیں اور اس سے پہلے کہ مریض اپنے زر و دولت اور نیک نامی کو خاک میں ملائے اور دوسروں کی بہبودی کو خطرے میں ڈال دے، اسے کسی مناسب ادارہ کے سپرد کیا جاسکے۔

ہنٹنگٹنی داء الرقص

(Huntington's chorea)۔ یہ ایک شاذ اور بے مثال مرض ہے، جسے داء الرقص کی پہلے بیان کی ہوئی شکل سے اچھی طرح متفرق کرنا چاہیے، گو کئی طرح سے یہ اس سے مشابہ ہوتا ہے۔ یہ ادھیڑ عمر کا ایک موروثی مرض ہے، جو ترقی پذیر نوعیت کا ہوتا ہے اور بالآخر عتاہت (dementia) پیدا کردیتا ہے۔

بحث اسباب۔ توارث اس مرض میں نہایت اہم حصہ لیتا ہے۔ یہ مرض پشت در پشت منتقل ہوتا رہتا ہے، اگرچہ کبھی کبھی ممکن ہے کہ ایک پشت کے افراد بچ جائیں۔ مرد و عورت دونوں برابر متاثر ہوتے ہیں اور مرض عموماً تیس اور چالیس سال کی عمروں کے درمیان شروع ہوتا ہے۔ ریاست ہائے متحدہ امریکہ میں ایک انساباتی تحقیقات کے نتیجہ کے طور پر اس مرض کی ۱۰۰۰ بانولرا کے 738
متعلق پتہ لگایا گیا کہ ان کا سرچشمہ تین بھائی تھے جو سترھویں صدی کے

آغاز میں انگلستان سے امریکہ میں اترے تھے۔

امراضیات۔ بعض اصابتوں میں جن کا بغور د احتیاط امتحان کیا گیا دماغ اور سحایا میں مزمن پھیلے ہوئے یا منتشر التہابی تغیرات پائے گئے ہیں۔

علامات۔ اصلی اور اہم علامت ایک قسم کی حرکی بے چینی ہے جو اس سے مشابہ ہوتی ہے جو بچوں کے دارالرقص میں دیکھی جاتی ہے۔ تمام اقسام کی غیر غائی ناہم آہنگ حرکات کی مستمر اور سریع توالی ہوتی ہے جو جسم کے تمام حصوں کو ماؤف کر دیتی ہے۔ یہ حرکات جارحی عضلی نظام کے قربی گردہوں کو ماؤف کرنے کا اس سے زیادہ رجحان ظاہر کرتے ہیں جتنا بچوں کے دارالرقص میں پایا جاتا ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ جوارح بڑے زور کے ساتھ ادھر ادھر پھینکے جاتے ہیں اور مریض کی چال بہ شدت متاثر ہو جاتی ہے۔ یہ حرکات ارادی کوشش کے اثر سے عارضی طور پر ممتنع کیے جا سکتے ہیں۔

ذہنی تغیرات اس مرض کے ساتھ ہمیشہ پائے جاتے ہیں۔ یہ پہلے تو چڑچڑے پن اور بے چینی کی شکل میں ہوتے ہیں، جو بعض اوقات خودکشی کی نیت پیدا کر دیتی ہے، اور بالآخر یہ عضوی قسم کی مترقی عتاہت میں منتہی ہوتے ہیں، چنانچہ مریض عموماً ذہنی اداروں میں اپنی زندگی ختم کر دیتے ہیں۔

انذار یاس انگیز ہوتا ہے، اور زندگی کی مدت دس سال سے لیکر تیس سال تک ہوتی ہے۔

علاج محض علاماتی ہوتا ہے۔

اب بعض ایسے امراض کا بیان کرنا باقی ہے جن میں امارات و علامات عصبی نظام کے وظیفہ کے اختلالات کا پتہ دیتے ہیں، لیکن بعد الممات امتحان میں خالی آنکھ سے یا ہمارے موجودہ خردبینی امتحان کے طریقوں سے، ساختوں میں کوئی ایسا تغیر نہیں پایا جاتا جو ان اختلالات کی بنا سمجھا جا سکے۔

صرع (مرگی)

(epilepsy)

(خود رَو صرع = idiopathic epilepsy ' حقیقی صرع
(genuine epilepsy =

صرع کا ذکر پہلے دماغ کے بعض امراض کی بالخصوص اُن امراض کی جو قشرۂ دماغ کو ماؤف کر دیتے ہیں (مثلاً دماغی سلعہ' التہاب دماغ' دماغی آتشک)' نیز بعض سمّی حالتوں کی (جن کی خاص مثال یوریا دمویت uræmia : ہے) علامت کے طور پر کیا گیا ہے۔ ایسے اسباب کی وجہ سے پیدا ہو جانے والے حملے اُن حملوں سے کسی طرح مختلف نہیں ہوتے جن کا اب ذکر کیا جائے گا۔ صرع کا انحصار تمام اصابتوں میں غالباً وظیفۂ دماغ کی بے ترتیبی پر ہوتا ہے' خواہ یہ بے ترتیبی پیدائشی نقص کے باعث ہو' یا مقامی مرض یا تضرر کے باعث ہو' یا اُن دوران کرنے والے سمیات کے اثر کے باعث ہو جو انتخابی حدوث رکھتے ہیں لیکن اصابتوں کی نہایت بڑی اکثریت میں موجودہ طریقوں کی مدد سے ہم ایسے کسی سبب کا سراغ لگانے کے ناقابل ہیں۔ مرض کی کسی مزید امارات کے بغیر صرع کے یہ حملے غیر معین عرصہ تک جاری رہتے ہیں اور اگر کوئی امتحان بعد الممات حاصل ہو جائے تو خردبینی امتحان سے دماغ کی کوئی غیر طبعی حالت نہیں ظاہر ہوتی۔ اصابتوں کا یہی گروہ ہے' جسے ہم ان اصابتوں کی امراضیات کی موجودہ عدم واقفیت یا جہل کی حالت میں صرع کے علاماتی خطاب کے تحت یکجا کرنے پر مجبور ہیں۔

لھذا صرع کی تعریف یوں کی جا سکتی ھے کہ وہ ایک مرض ھے جس میں دفعتہً بے ھوشی یا کمیٔ ھوش کے حملے ھوتے ھیں' خواہ اس کے ساتھ تشنجات ھوں یا نہ ھوں' یا کبھی کبھی ھوش میں خلل ھوئے بغیر تشنجات کے حملے ھوتے ھیں' اور جہاں تک ھمارے موجودہ علم کی رسائی ھے' یہ حملے دماغ کے کسی قابلِ مظاھرہ مَرَضی یا تسمم الدم (toxæmia) کی حالت پر منحصر نھیں ھوتے۔

بحث اسباب۔ یہ مرض مردوں کے نسبت عورتوں میں کسیقدر زیادہ عام ہے۔ تمام اصابتوں کی تقریباً ایک تہائی میں خاندان میں صرع کی سرگذشت پائی جاتی ہے۔ تین چوتھائی اصابتیں بیس سال سے نیچے کی عمر میں شروع ہوتی ہیں۔ بقیہ میں آغاز مرض کی عمر باقی ماندہ عشروں پر مساوی طور پر پھیلی ہوئی ہوتی ہے۔ چنانچہ خود رُو صرع (idiopathic epilepsy) بحیثیت مجموعی ایک عام عارضہ ہے اور ایسی اصابتیں پایا جانا کسی طرح شاذ نہیں جو بالغ زندگی میں بلکہ بڑھاپے کی عمر میں شروع ہوئی ہیں۔

معلوم ہوتا ہے کہ فی صد تھوڑی اصابتوں میں صرع کے دَورے سر کے کسی سابق تضرر سے راست تعلق رکھتے ہیں جس کے ساتھ دماغی کوفتگی (cerebral contusion) واقع ہوگئی ہو (ملاحظہ ہو صفحہ 712)۔ ممکن ہے کہ تضرر اور پہلے حملہ کے درمیان کئی سال کا وقفہ ہو۔ ایسے تعلق کا واضح ترین ثبوت بعض اصابتوں سے ملتا ہے جن میں حملوں کی ابتدا ر ایسے علامات کے ساتھ ہوتی ہے جو تضرر کے مقام کے ساتھ براہِ راست منسوب کئے جاسکتے ہیں، جیسا کہ ایک اصابت میں ہوا جس میں بندوق کی گولی سے بائیں حرکی قشرہ پر زخم آیا اور ازاں بعد دَورے ہونے لگے جو جسم کی دائیں جانب میں تشنجی حرکات کے ساتھ شروع ہوئے۔ لیکن ان اصابتوں میں بھی بعض اوقات موروثی اثر نظر آتا ہے۔ بعض اوقات حملوں کے اتفاقی اسباب پائے جاتے ہیں۔ اِن میں سے خاص دماغی تکان، جوشش و ہیجان، یا تشویش و 739 فکر ہیں۔ نیند نہ آنے، جسمانی تکان، اور روزہ رکھنے سے بھی حملوں کی تعجیل ہوجاتی ہے۔ بعض اصابتوں میں حیض کے ساتھ ایک متعین تعلق ہوتا ہے، اور بالعموم ماہواری کے آغاز میں حملے ہوجاتے ہیں۔ ممکن ہے کہ بعض اصابتیں حساسیتی اصل کی ہوں۔

امراضیات۔ مندرجہ بالا تعریف کی رو سے وہ تمام اصابتیں جن میں صرعی حملوں کے لئے کوئی امراضیاتی سبب معلوم ہوسکتا ہے خارج از بحث کردی گئی ہیں۔ لہٰذا ہم صرف قیاس آرائی سے کام لینے پر مجبور ہیں۔ اگر اسباب معلومہ سے اسباب غیر معلومہ مستنبط کئے جائیں تو ہمارے پاس یہ یقین کرنے کے وجوہات

موجود ہیں کہ صرع کا انحصار (۱) دماغی قشرہ کے ناقص وظیفہ پر ہوتا ہے خواہ یہ اکتسابی ہو یا غیر اکتسابی، یا (۲) جسم کے اندر ایسے سموم کی موجودگی پر جو قشری عصبی خلیوں پر ایک انتخابی عمل رکھتے ہوں۔

علامات۔ صرع کی بیشتر اصابتوں میں ممیز خاصہ اختلالِ شعور ہے، جو ہمیشہ نہیں مگر اکثر کامل بے ہوشی کی حد تک پہنچتا ہے۔ حملوں کی اکثریت میں اس کے ساتھ تشنجی حرکات ہوتے ہیں۔

تشنجی حرکات کی شدت کے لحاظ سے "صغیر" (minor) و "کبیر" (major) قسموں میں تفریق کرنا سہولت بخش ہے، لیکن ان کے درمیان کوئی مطلق خطِ فاصل نہیں ہے۔

صرع کبیر (major epilepsy)("grand mal") میں عموماً کئی درجے شناخت کئے جاتے ہیں:۔ (۱) نسمہ، (۲) بے ہوشی اور تمنّشی انقباض، (۳) رجعی تشنج، (۴) بحالی۔ نسمہ (یا دَم، جس کی بنا یہ ہے کہ جارحہ سے سرنک ہوا کے جانے کا احساس اس علامت کی ایک شکل ہے) ہر ایسا احساس یا حرکت ہے، جو مریض کو اُس وقت محسوس ہوتی ہے جب کہ وہ ابھی ہوش میں ہوتا ہے۔ یہ بیشتر نہایت تھوڑے عرصے کا ہوتا ہے، اور یکایک بے ہوشی اور تشنج میں ختم ہوجاتا ہے۔

ا۔ یہ نسمہ تقریباً نصف اصابتوں میں غیر موجود ہوتا ہے۔ اِن دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ یہ مختلف شکلیں اختیار کرے، جن میں سے مندرجۂ ذیل عام طور پر واقع ہونے والی ہیں:۔ ہاتھ، ٹانگ، چہرے یا زبان میں جھنجھناہٹ یا سُن پن۔ اِنھیں حصوں میں جھٹکے یا تشنج۔ فقدانِ بصر یا ابتصاری توہمات، جیسے کہ روشنی کے چمکارے، یا رنگ (عموماً سرخ یا آسمانی)، یا معیّن اشیا یا آس پاس کی چیزوں کی کلانی (کلاں نظری: megalopsia) آوازوں کے توہمات، زور کی آوازیں، وغیرہ۔ ناگوار بُو یا ذائقے۔ دم گھٹنے کا احساس، متلی، دورانِ سر، شراسیفی درد۔ گرمی کی تمتماہٹ، سردی، پسینہ، اختلاجِ قلب۔ خوف یا تشویش کا غیر معین احساس۔ ایک خواب آلود حالت یا بے حقیقتی کا احساس، یا یہ احساس کہ جو کچھ واقع ہو رہا ہے وہ پہلے واقع ہو چکا ہے۔ دوڑنا یا کودنا، یا دوسری ناہم آہنگ

حرکت۔ حس اور حرکت کے نسمے بیشتر یک جانبی ہوتے ہیں، لیکن دو جانبی بھی ہو سکتے ہیں۔ ٹانگ کے نسبت ہاتھ زیادہ اکثر ماؤف ہوتا ہے، اور وہی نسمے بیشتر تشنج پر مشتمل ہوتے ہیں۔ بعض اوقات اصلی دورہ ہونے سے پہلے کچھ عرصہ تک خوف کا ایک مبہم احساس ہوتا ہے، لیکن بالعموم نسمہ ایک لمحہ بھر کے لئے ہوتا ہے۔

۲۔ خود دورہ یکایک بے ہوشی کے ساتھ شروع ہوتا ہے۔ اگر مریض کھڑا ہے یا چل رہا ہے تو وہ اکثر دفعتہً سامنے کو گر جاتا ہے، یا معلوم ہوتا ہے کہ اُسے زور سے زمین پر پھینک دیا گیا ہے، اور اس کے ساتھ ہی بعض اوقات بلا ارادہ طور پر ایک چیخ، کوک، یا دھیمی تھرائی ہوئی کراہنے کی آواز نکل پڑتی ہے، جسے صرعی چیخ (epileptic cry) کہتے ہیں۔ پھر وہ تنشی تشنج کی حالت میں پایا جاتا ہے، اُسکی پشت اکڑی ہوئی اور کسیقدر محرابی، ٹانگیں بسط شدہ اور سر پیچھے کی طرف کھنچا ہوا یا ایک جانب کو گھما ہوا ہوتا ہے۔ چہرہ اکثر ابتداءً شاحب ہوتا ہے۔ نبض تیز ہوتی ہے، مگر بعض اوقات محسوس نہیں کیجا سکتی، اور اس کے متعلق یہ خیال کیا گیا ہے کہ یہ عضلی انقباض سے شریان کے مضغوط ہو جانے کا نتیجہ ہوتا ہے۔ یہ بھی مشاہدہ میں آیا ہے کہ بے ہوشی طاری ہوتے وقت نبض بند ہو گئی ہے۔ عمومی تنشی انقباض سینہ کو مثبت کر دیتا ہے، اور تنفس رُک جاتا ہے، جس سے چہرہ بتدریج زیادہ قاتم ہو کر بالآخر بالکل زُراقی ہو جاتا ہے۔ تنشی درجہ تین ثانیوں سے لے کر تیس یا چالیس ثانیوں تک جاری رہتا ہے، اور پھر رعشی تشنج کے درجہ میں تبدیل ہو جاتا ہے۔

۳۔ جھٹکے چہرے، پپوٹوں، اور گردن کی جانب میں شروع ہو کر بسرعت جسم اور جوارح کے تمام عضلات میں پھیل جاتے ہیں۔ پیش پیش حرکات کی جوارح کے متبادلاً خم اور بسط ہونے کی، پپوٹوں اور جبڑوں کے کھلنے اور بند ہونے کی سریع توالی اور آنکھ کے ڈھیلوں کا اور شاید سر کا جانبی انحراف ہوتا ہے۔ زبان آگے کی طرف نکل آتی ہے اور ممکن ہے کہ دانتوں کے درمیان پکڑی جائے۔ لعابِ دہن کا افراز بکثرت ہو کر منہ میں اُس کا جھاگ بن جاتا ہے، جو کٹی ہوئی زبان سے نکلے ہوئے خون کیساتھ مخلوط ہو کر لبوں کے درمیان سے خارج ہوتا ہے۔ چہرہ کبود یا تقریباً سیاہ ہو جاتا ہے، اور لب اور چہرے کے خط و خال پھولے ہوئے ہوتے ہیں۔ اس درجہ میں ممکن ہے کہ

740

بول، براز، اور منی خارج ہو جائے، اور عضلات کے زور دار انقباض سے شانہ کا خلع بھی واقع ہو سکتا ہے۔ لازماً مریض بالکل بے ہوش ہوتا ہے۔ ملتحمات چھونے سے مجیبیت نہیں ظاہر کرتے، اور پتلیاں پھیلی ہوئی ہوتی ہیں یا اہتزاز کرتی ہیں۔

۴۔ رجعی درجہ چند منٹ تک، شاذ ہی پانچ یا چھ منٹ سے زائد، جاری رہتا ہے، اور پھر تشنج بتدریج کم ہو جاتے ہیں، یعنے قلیل الوقوع ہو جاتے ہیں اور اُن میں چند ثانیوں کے وقفے حائل ہوتے ہیں۔ سانس زیادہ آسانی کے ساتھ لی جا سکتی ہے، منہ کا جھاگ موقوف ہو جاتا ہے، اور بتدریج چہرے کا رنگ زیادہ طبعی ہوتا جاتا ہے۔ بالآخر مریض محض قوما زدہ ہو جاتا ہے، اور یہ قوما قدرتی نیند میں تبدیل ہو جاتا ہے، یا یہ ہوتا ہے کہ تشنج موقوف ہونے کے بعد جلد ہی کسیقدر رفتہ رفتہ ہوش آجاتا ہے۔ جب بالآخر ہوش آجاتا ہے تو بالعموم مریض چکرایا ہوا ہوتا ہے اور دردِ سر کی شکایت کرتا ہے۔

دورے کے بعد معکوسات بیشتر کچھ عرصہ کے لئے غیر موجود ہوتے ہیں، اور پھر ممکن ہے کہ کچھ عرصہ کے لئے عمیق معکوسات زیادہ ہو جائیں۔ اخمصی معکوسہ عارضی غیر موجودگی کے بعد ابتداءً باسط ہوتا ہے اور اِس کے بعد پھر طبعاً خم کن ہو جاتا ہے۔ بول میں البیومین یا شکر کا خفیف سا شائبہ موجود ہو سکتا ہے۔ وریدی امتلاء کے درجہ میں عروقِ دمویہ کے پھٹ جانے سے جلد کے نیچے نمشے دیکھنے میں آسکتے ہیں۔ بعض اوقات قئے یا خطرناک ذہنی اختلالات موجود ہوتے ہیں، مثلاً ہذیان جو اکثر مانیائی قسم کا ہوتا ہے۔

میکانی تضررات جو مصروع کو پہنچتے ہیں، بلاشبہ دورے کے بعد باقی رہتے ہیں، اور ممکن ہے کہ اُس وقت جب کہ دورہ دیکھنے میں نہ آیا ہو ان سے مفید دلالتیں حاصل ہوں، مثلاً لیلی صرع (nocturnal epilepsy) میں۔ یہ حسب ذیل ہیں: — کٹی ہوئی زبان، جلد پر نمشے، اُترا ہوا شانہ، اور دوسری اصابتوں میں مختلف اقسام کے چرکے، زخم، یا کوفتگیاں، جو مریض کے زمین پر گرنے یا سخت اشیاء کے ساتھ ٹکرانے سے پیدا ہو جاتی ہیں۔

صرعِ صغیر (minor epilepsy) (petit mal)۔ یہ کثیر التعداد مثالوں میں

ناگہانی بے ہوشی سے کچھ زائد نہیں ہوتی۔ بولتے بولتے شاید ٹکٹکی بندھ جاتی ہے، پتلیاں چوڑی ہو جاتی ہیں، گفتگو بے ربط ہو جاتی ہے، اور مریض صریحاً بے خبر ہوتا ہے کہ آس پاس کیا ہو رہا ہے۔ اگر وہ کھانا کھا رہا ہے تو ممکن ہے کہ وہ اپنی رکابی یا اپنے پیالہ میں انگلی ڈال دے یا اور کوئی بے قاعدگی عمل میں لائے جس کا حالت ہوش میں وہ ہرگز مرتکب نہ ہوتا۔ یہ حالت چند سیکنڈ تک جاری رہتی ہے اور پھر مریض کو ہوش آجاتا ہے، اور وہ اس کام کو جسے کر رہا تھا جاری رکھتا ہے، یا شاید وہ پہچان لیتا ہے کہ ایک بے خبری کا وقفہ گزر رہا ہے، یا اسے چکر آتے ہیں، یا دردِ سر ہوتا ہے، اور وہ پسند کرتا ہے کہ ذرا دیر کے لئے لیٹ جائے۔ بعض اوقات حملہ کا نمایاں ترین خاصہ دورانِ سر ہوتا ہے، اور بعض اصابتوں میں جسم کے ایک یا دوسرے حصے میں ایک احساس، یا ایک تشنجی حرکت ہوتی ہے اور پھر جلد ہی عارضی بے ہوشی ہو سکتی ہے، اگرچہ مریض اول الذکر کو ہی حملہ کا خاص ممیز خاصہ سمجھے گا۔ یہ کبیر حملوں کی قسموں سے قریبی مشابہت رکھتے ہیں، اور ان میں مندرجہ ذیل شامل ہیں:— وہ احساسات جو شراسیف، ہاتھوں، سر، ناک، آنکھ کے ڈھیلوں اور خطۂ قلب میں ہوتے ہیں۔ نیز تشنجی اور استبصاری احساسات۔ جوارح، سر، یا دھڑ میں جھٹکے۔ ناگہانی رعشہ، چیخنا، یا بہرہ۔ ذہنی کیفیتیں، مثلاً خوف کی ناگہانی حالت، وغیرہ۔

بہت سی مثالوں میں کامل بے ہوشی نہیں ہوتی۔ مریض اپنے ماحول سے باخبر ہوتا ہے اور اکثر یہ بھی جانتا ہے کہ آس پاس کے لوگ کیا کہہ رہے ہیں لیکن اس کو لمحہ بھر کے لئے ہر چیز دور معلوم ہوتی ہے، وہ واقعات کی پوری اہمیت نہیں سمجھ سکتا اور اپنے خیالات کو صاف طور پر منضبط کرنے کے ناقابل ہوتا ہے۔

جیکسنی یا ماسکی صرع (Jacksonian or focal epilepsy)۔

حملہ کبیر ہو یا صغیر، دونوں کے علامات عمومی یا ماسکی نوعیت کے ہو سکتے ہیں۔ ماسکی قسم کے صرعی حملے کو اکثر اوقات ہغلنگ جیکسن کے تتبع میں جیکسنی کہتے ہیں۔ صرع کے متعلق جیکسن کے سریری مشاہدات موضوع کے اس پہلو کے متعلق ہمارے معلومات کی بنیاد ہیں۔ ماسکی حملے وہ حملے ہیں جن کے علامات اپنے اختلال سے منسوب کئے

جا سکیں جو قشرۂ دماغ کے کسی خاص رقبہ میں پیدا ہو گیا ہو۔ چنانچہ یہ علامات حر
یا حسی ہو سکتے ہیں، اور اگر آخر الذکر ہیں تو عمومی یا خاص قسم کے ہو سکتے ہیں
حرکی حملوں میں ایک جارحہ کے یا جارحہ کے ایک حصے کے عضلات میں تفشی تشنج کے
رہنی تشنج ہوتا ہے۔ یہ پھیلنے کا رجحان رکھتا ہے، جس سے جسم کی ایک پوری جانب
ماؤف ہو جاتی ہے۔ ایسی صورت میں تشنجی حرکات عام ہو جاتے ہیں، اور اگر ا
ہوتا ہے تو بے ہوشی طاری ہو جاتی ہے۔ یا یہ تشنجی حرکات محدود المقام رہ سکتے ہیں
اور اس حالت میں بعض اوقات بے ہوشی نہیں طاری ہوتی۔ اسی طریقہ سے ممکن
کہ جسمانی احساس، بویا ذائقے، سامعت یا بصارت کا اختلال ایک عمومی حملے کا آ
کردے یا یہی خود صرعی وارد (epileptic episode) کی واحد شہادت ہو۔
جاننا اہم ہے کہ ایسے حملوں کی نوعیت سے محض ان کا مبدائی مقام ظاہر ہوتا۔
مگر ان کے امراضیات کے متعلق کوئی دلالت نہیں ہوتی۔ ماسکی یا جیکسنی حملہ لازماً
مبدار کا نہیں ہوتا۔ در اصل ماسکی حملوں کا عام ترین سبب خود رو صرع iopathic
epilepsy) ہے۔ لیکن یہاں یہ کہہ دینا چاہیئے کہ ایسے حملے جو محدود المقام ر
ہیں، اور عمومی تشنج کی حد تک نہیں پہنچتے، اور بالخصوص وہ ماسکی حملے جن میں بے
نہیں ہوتی، عموماً دماغ کے عضوی مرض کے باعث ہوتے ہیں۔

صرع متواتر (pyknolepsy)۔ یہ حالت جسے بعض ماہرین سر
علیحدہ عنوان کا مستحق سمجھتے ہیں، دوسرے ماہرین کے نزدیک صرع صغیر کی ایک شکل
ہے۔ جہاں تک کہ خود حملہ کا تعلق ہے ان دونوں کے درمیان یقیناً کوئی فرق نہ
وہ خصائص جو اس عارضہ کو صرع کے دیگر اقسام سے ممیز کرتے ہیں حسب ذیل ہیں،
آغاز مرض (جو عموماً دفعتہً ہوتا ہے) بچپن میں ہوتا ہے، ابتدا ہی سے حملے متواتر
ہیں (روزانہ ۶ سے ۰ ۵ تک)، یہ حملے یکساں اور خفیف درجہ کے ہوتے ہیں، کوئی ذ
خرابی نہیں موجود ہوتی، جو دوائیں صرع میں کارگر ہوتی ہیں ان سے کوئی جمعیت
نہیں ظاہر ہوتی، اور بلوغ کے بعد حملے رک جاتے ہیں۔ چنانچہ کامل تشخیص تو مر
اسی وقت ہو سکتی ہے جبکہ حملوں کا ہونا موقوف ہو جائے، لیکن بعض اوقات متذکر
بالا دوسرے امور کی بنا پر ایک اچھے انجام کی پیشین گوئی کی جا سکتی ہے۔

741

بعد الصرع حالتیں (post-epileptic conditions)۔ حملہ کے بعد عموماً کچھ عرصہ تک غنودگی، اور اکثر شدید درد سر ہوتا ہے۔ صرعی دورے کے بعد شدید نفسی اختلال ایک غیر عام نتیجہ نہیں، اور یہ حملۂ کبیر کے نسبت حملۂ صغیر کے بعد عموماً اور بھی زیادہ کثرت سے ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ ذہول کی شکل اختیار کر کے چند روز تک جاری رہے۔ ایک دوسرے مریض میں مختلف قسری افعال (automatic actions) سرزد ہوتے ہیں، جن کا مریض کو اس وقت اور بعد میں بالکل ہوش نہیں ہوتا۔ شاید ان میں سے عام ترین کپڑے اُتار دینے کی حرکت ہے، جو ایک پبلک مقام پر ناشائستہ برہنگی کے الزام کا سبب ہو سکتی ہے، یا ممکن ہے کہ مریض کسی بھی چیز کو جو اتفاق سے اُس کے قریب ہو، بلا یہ لحاظ کئے کہ یہ کس کی ہے، اپنی جیب میں رکھ لے۔ ممکن ہے کہ کبھی کبھی وہ جوش و خروش اور جنگجوئی کا اظہار کرے اور اسوقت جب کہ وہ قسری حالت میں ہے دوسروں کو جسمانی ضرر پہنچا دے۔ یہ حالتیں بڑی طبی قانونی اہمیت رکھتی ہیں، کیونکہ ممکن ہے کہ صرعی دوروں کے وقوع کا بالکل علم نہ ہو اور یہ مجرمانہ طرز عمل عمدی اور شعوری فعل سے منسوب کیا جائے۔ بعض اوقات یہ حملے اپنی نوعیت میں مانیائی ہوتے ہیں (صرعی مانیا = epileptic mania) اور ان قسری افعال کے ساتھ بہت کچھ ذہنی اختلال ہوتا ہے، مثلاً خوف، جوش و خروش کا جذبہ، اختباطات اور توہمات۔

اسیقدر اہم (کیونکہ یہ تشخیص میں مشکلات پیدا کر دیتے ہیں) خفیف نفسی نتائج ہیں۔ حقیقی صرع کے حملہ کے بعد جب مریض کی طبیعت بحال ہوتی ہے تو اکثر اوقات وہ طفلانہ اور جذباتی حرکات ظاہر کرنے لگتا ہے، کبھی روتا ہے اور کبھی ہنستا ہے، اور بعض اوقات اُسکی حالت ہسٹیریائی کے "دورے" کی ہو جاتی ہے۔

ممر مرض۔ صرعی حملوں کا تواتر مختلف مریضوں میں، اور ایک ہی مریض میں مختلف زمانوں میں نہایت مختلف ہوتا ہے۔ چنانچہ عموماً پہلے حملے اور دوسرے حملے کے درمیان ایک یا زاید مہینوں کا وقفہ ہوتا ہے، لیکن مرض کی ترقی کے ساتھ ساتھ یہ وقفے اکثر زیادہ مختصر ہوتے جاتے ہیں، اور ممکن ہے کہ دورے اس قدر کثیر الوقوع ہوں کہ ایک ہفتے میں دو یا تین بار ہو جائیں یا ایک ہی دن میں کئی دورے ہوں۔ بعض

اصابتوں میں ممکن ہے کہ دو یا تین دورے یکے بعد دیگرے جلد جلد ہو جائیں یا تھوڑے تھوڑے وقفے سے ہوں، اور پھر مریض عرصہ دراز تک بچا رہے۔ خفیف دوروں کی نسبت شدید دورے کے بعد طویل وقفہ واقع ہونے کا زیادہ امکان ہوتا ہے۔ غالباً کثرتِ شراب خوری، غیر محتاط تغذیہ اور حد سے زیادہ دماغی یا جسمانی مشقت سے دوروں کے تواتر میں زیادتی ہو جاتی ہے۔

حالتِ صرعی (status epilepticus)۔ شاذ مثالوں میں مریض کو دوروں کا ایک سلسلہ ہوتا ہے، جو چند گھنٹوں یا ایک یا دو دن تک جاری رہتے ہیں، اور ان دوروں کے درمیانی وقفوں میں مریض کو کبھی ہوش نہیں آتا۔ ضرباتِ قلب زود اور تیزی کے ساتھ ہونے لگتے ہیں، تنفس تیز ہو جاتا ہے، تشنج کے وقفوں
میں جھٹکے ہونے لگتے ہیں، تپش اکثر ۱۰۵ یا ۱۰۷ درجہ تک بلند ہو جاتی ہے، اور ممکن ہے 742
کہ مریض ہبوط ہو کر مر جائے، یا اسے ہذیان ہو جائے۔

حملوں یا دوروں کے درمیانی زمانے میں صحت۔ اس کا انحصار بڑی حد تک دوروں کے تواتر پر ہوتا ہے۔ جہاں دوروں کی تعداد زیادہ نہیں ہوتی، ممکن ہے کہ مریض کی صحت نہایت اچھی رہے۔ بہت سے مصروع قوی، بھلے چنگے اور تندرست و توانا ہوتے ہیں، اور حملہ کے وقت سے قطع نظر ہرگز بیمار نہیں ہوتے۔ لیکن جب دورے نہایت کثیر الوقوع ہوں، یا مرض طویل زمانہ تک جاری رہا ہو، تو عموماً مریض کا ذہن ماؤف ہو جاتا ہے، وہ سست اور چڑچڑا ہو جاتا ہے، اس کا حافظہ ناقص ہو جاتا ہے، اور اعمالِ عقلیہ نسبتہً زیادہ سست ہو جاتے ہیں، یہاں تک کہ بالآخر عتاہت کی حالت تک نوبت پہنچتی ہے۔

صرع سے موت کا واقع ہونا کسی طرح عام نہیں، اور بجز اس شاذ حالتِ صرعی کے جس کا اوپر ذکر کیا گیا ہے موت زیادہ تر کسی ایسے تضرر کا نتیجہ ہوتی ہے جو مریض کو دورے کے دوران میں پہنچ جائے۔ چنانچہ ممکن ہے کہ دورے کے دوران میں وہ کسی بلندی سے گر جائے، یا پانی کے اندر گر کر غرقِ آب ہو جائے، یا غذا اسے اس کا گلا گھٹ جائے، یا ممکن ہے کہ اس کا چہرہ تکیہ میں گڑ کر بستر ہی میں دم بستگی ہو جائے، یا ممکن ہے کہ آگ میں گرنے یا گاڑی یا بائیسکل سے گرنے میں اسے تضررات

پہنچیں اور بعد میں وہ اُن کے اثر سے مرجائے۔

تشخیص۔ صرع کی تشخیص اُس وقت تو بلا زیادہ وقت کے ہوجاتی ہے جب کہ وہ حقیقتہً دیکھنے میں آجائے، لیکن اکثر اوقات ہم سے بعض دوروں کیلئے نسخہ تجویز کرنے کے لئے درخواست کی جاتی ہے جو صرف ایسے اوقات میں ہوتے ہیں جب کہ طبیب اُن کو دیکھ نہیں سکتا، اور مریض کے دوستوں کی بیان کی ہوئی کیفیت پر سے صحیح نتائج پر پہنچنا ہمیشہ آسان نہیں ہوتا۔ کبیر حملوں کو ہسٹیریا کے حملوں اور متشابہ دوروں (simulated fits) سے اور صرع صغیر کو غشیان (syncope) یا دُوار (vertigo) سے متفرق کرنا پڑتا ہے۔ ہسٹیریا کے حملے شاذ ہی کبھی ایسے وقت میں ہوتے ہیں جب کہ مریضہ تنہا ہو یا حاضرین کو اپنی طرف متوجہ کرنے کا امکان نہ رکھتی ہو۔ اُس کا حملہ شاذ ہی اُسقدر حیرت انگیز طور پر ناگہانی ہوتا ہے جتنا کہ صرع میں ہوتا ہے، علاوہ ازیں وہ عموماً کسی جذباتی تہیج کے ساتھ وابستہ ہوتا ہے۔ ہسٹیریائی دورے کے حرکات سادہ تشنجی یا رجفی جھٹکوں پر ہرگز مشتمل نہیں ہوتے، بلکہ زیادہ غائی نوعیت کے ہوتے ہیں۔ مثلاً مریضہ اپنے آس پاس والوں کو پکڑ لینے کی کوشش کرے گی، اپنا سر دیوار یا فرش سے ٹکرائے گی، اپنی مٹھیاں بند کرے گی اور کھولیگی، یا جو لوگ اُسے روکنا چاہتے ہیں اُنھیں کاٹ کھائے گی۔ صرع کے تشنجی حرکات چند دقیقوں میں ختم ہوجاتے ہیں۔ بالعموم ہسٹیریا کے حرکی مظاہر نسبتہً بہت زیادہ دیر تک جاری رہتے ہیں۔ ہسٹیریائی مریضہ اکثر حملے کے دوران میں بولتی رہتی ہے، مصروع کبھی نہیں بولتا۔ ہسٹیریائی مریضہ کبھی اس طرح نہیں گرتی کہ اُس کو سخت تضرر پہنچے، نہ وہ اپنی زبان کو کاٹ لیتی ہے اور نہ حملے کے دوران کیا اُس کا پیشاب نکل پڑتا ہے۔ ہسٹیریائی دورے میں پپوٹے اکثر زور سے بند ہوتے ہیں اور انکو کھولنے کی کوشش کی جائے تو مریضہ مدافعت کرتی ہے۔ دورے کے بعد ذہنی اختلالات کا وقوع، عمیق معکوسات کا مبالغہ آمیز ہونا، اور ساتھ ہی شکمی معکوسہ کا فقدان، یہ سب امور صرع کی تائید کرتے ہیں، اور باسطا خمصی مجیبیت جو حملہ کے بعد حاصل ہو، اُسکی صرعی نوعیت کا قطعی ثبوت ہے۔

یہ نہیں بھولنا چاہیے کہ صرع کے حملے کے بعد فی الفور ہسٹیریا کا حملہ ہوسکتا ہے،

اور یہ کہ اسی مریضہ میں صرعی دورے اور ہسٹیریائی دورے مختلف اوقات میں ظاہر ہو سکتے ہیں۔

وہ متمارض (malingerer) جو اپنے آپ کو صرع میں مبتلا ظاہر کر کے ہمدردی پیدا کرنے کی کوشش کرتا ہے، تھوڑی سی احتیاط عمل میں لائی جائے تو عموماً پہچانا جا سکتا ہے۔ وہ گرنے میں اس طرح محتاط ہوتا ہے کہ خود کو چوٹ نہیں پہنچنے دیتا، اور اس کے برعکس مصروع دفعتہً گرتا ہے اور اگر وہ راستہ پر گرے تو غالباً اپنے سر یا چہرے کو پھوڑ لیگا، یا سڑک پر گرے گا تو خود کو بچانے کی کوئی کوشش نہیں کریگا۔ متمارض کا چہرہ بجائے شاحب یا کبود ہونے کے سُرخ ہوتا ہے۔ مشقت کی وجہ سے اسکی جلد پر پسینہ ہوتا ہے۔ اسکی تیلیاں پھیلی ہوئی نہیں ہوتیں اور روشنی سے حس پذیر ہوتی ہیں۔ اس امر کا امتحان مختلف طریقوں سے کیا جا سکتا ہے کہ آیا اسے بیہوشی نہیں ہوئی ہے، مثلاً ملتحمہ کو چھو کر (ایسا کرنے سے اسکے پپوٹے بند ہو جائینگے اگرچہ اغلب ہے کہ اگر بالائی پپوٹے کو اوپر اٹھانے کی کوشش کی جائے تو وہ اس کی مدافعت کرے گا) نتھنوں میں ناس لگا کر۔ یا کوئی نہایت دردناک اثر پیدا کر کے، مثلاً متمارض کے انگوٹھے کے ناخن کے نیچے اپنے انگوٹھے کا ناخن زور سے چبھا کر۔

صرع صغیر کو قلبی غشیان (cardiac syncope) یا سادہ غشی سے مندرجہ ذیل امور کی بنا پر تمیز کیا جا سکتا ہے۔ اس کا وقوع ایسے حالات میں ہوتا ہے جو غشی پیدا کرنے کے لئے سازگار نہیں ہوتے۔ وہ دفعتہً واقع ہو جاتی ہے۔ حالت جلد بحال ہو جاتی ہے، اور اس کے بعد جسمانی انبطاح کے بجائے ذہنی گھبراہٹ ہوتی ہے۔ تشنج کا وقوع، یا غشی کے احساس کے سوا کسی دوسرے انتباہی احساس کا وقوع صرع کی تائید کرتا ہے۔ غشیان زیادہ آہستہ آہستہ طاری ہوتا ہے، اور مریض اسے ایک بتدریج زیادہ ہونے والی غشی کے طور پر محسوس کرتا ہے۔ تاہم ایسا صرع صغیر کے انتباہی احساس کے طور پر بھی واقع ہو سکتا ہے۔ صرع صغیر کی دُواری (vertiginous) قسم کو دورانِ سر (giddiness) کی دوسری قسموں سے تمیز کرنے کے لئے ہمیں یہ یاد رکھنا چاہیے کہ معمولی دُوار کے ساتھ بیہوشی نہیں ہوتی، اور یہ کہ اذنی قسم (aural form) یا علامیہ مینیری (Meniere's syndrome) میں طنین اور بہرے پن کی 743

سرگذشت حاصل ہو سکتی ہے۔

جب کسی اصابت میں یہ تیقن ہو جائے کہ حملے فی الحقیقت صرعی ہیں، تو پھر بھی مرض کو صرع قرار دینے سے قبل، اسکی تعیین باقی رہتی ہے کہ وہ دماغ کے سلعہ یا دماغی آتشک، مرض برائٹ کی یوریا دمویت (uræmia)، یا دوسرے عضوی مرض کے باعث نہیں ہیں۔ خود رُو صرع کی کثیر التعداد اصابتوں میں، بار بار ہونے والے تشنج کی طویل سرگذشت جس کے ساتھ کوئی علامات نہوں اُس کی تشخیص میں کارآمد ہوگی، اور دماغی سلعہ میں غالباً دوسری دلالتیں موجود ہوں گی، جیسے کہ دردِ سر، قئے، اذیمائے حلیمۂ بصریا (papillœdema)، یا مقامی شلل۔ بایں ہمہ ممکن ہے کہ صرعی حملے مہینوں تک دماغی بالیدگی کی واحد علامت ہوں۔ اکثر اوقات صرع کے حملے عمومی شلل مجانین (general paralysis of the insane) کی ابتدا میں ہوتے ہیں، اور ممکن ہے کہ دوسری تمام امارات کی غیر موجودگی میں یہی حملے اُس مرض کا پہلا انتباہ ہوں۔ اسی وجہ سے اگر صرع ایک ادھیڑ عمر کے آدمی میں شروع ہو تو اُسے ہمیشہ مشتبہ سمجھنا چاہئے۔ پتلیوں اور ذہنی حالت کا امتحان غور کے ساتھ کرنا چاہئے، اور اگر ضرورت ہو تو تعامل واژرمن نخاعی سیال اور خون دونوں میں کرنا چاہئے۔ مرض برائٹ میں تشنج صرعی ہوتے ہیں، مگر بالعموم مریضوں کی صحت کی حالت کے متعلق، البیومین بولیت، نبض کے بلند تناؤ، قلب کی بیش پرورش، اور یوریا دمویت (uræmia) سے پہلے دموی یوریا کی بلندی سے عمدہ شہادت حاصل ہوتی ہے۔ دوروں کا آغاز اکثر غنودگی اور عضلی جھٹکوں کے ساتھ ہوتا ہے، یہ دورے نسبتہً بہت زیادہ مدت کے ہوتے ہیں، اُسی دن میں اکثر بار بار ہوتے ہیں، اور اُن کے درمیانی وقفوں میں غنودگی یا نیم قوما کی حالت ہوتی ہے۔

صرعی حملے دماغی کوفتگی (cerebral contusion) کے نتیجہ کے طور پر بھی واقع ہو سکتے ہیں، اکثر دو یا زائد سالوں کے مخفی وقفوں کے بعد۔ یہ حملے ماسکی یا عمومی ہو سکتے ہیں۔ بالعموم سرگذشت ایک کبیر کوفتگی کی ہوگی (ملاحظہ ہو صفحہ 712)۔

شاید یہ عام ترین اسباب ہیں جو عضوی مرض کی حیثیت سے صرعی حملے پیدا کر سکتے ہیں، لیکن یہ حملے کسی بھی ایسے مرض کے دوران میں واقع ہو سکتے ہیں

جس میں دماغ کی ساخت مضرت رسیدہ ہو جائے [مثلاً التہاب دماغ (encephalitis)، دماغی شریانی صلابت (cerebral arterio sclerosis)، مرض شلڈر (Schilder's disease)، دماغی جانبینی فالج (cerebral diplegia)، مرض ٹے سیک (Tay-Sach's disease) کی رضیعی (infantile) اور طفولی (juvenile) قسموں میں] یا مرض برائٹ کو چھوڑ کر بعض دوسرے تسممات الدم میں [جیسے کہ مرض الکلیت، انسولینی قلیل شکرویت (insulin hypoglycæmia) اور کثیر قلویت (alkalosis) میں]۔

انذار۔ اس سے زیادہ مشکل اور کچھ نہیں کہ کسی ایسے شخص کے مستقبل کے متعلق پیشین گوئی کی جائے جسے صرعی حملہ ہو چکا ہو اور بظاہر اس کا کوئی سبب موجود نہ ہو۔ اصابتوں کی بڑی اکثریت میں، اور بالخصوص اگر یہ شکایت بچپن میں شروع ہوئی ہو، حملے بے قاعدہ وقفوں کے ساتھ ساری عمر جاری رہتے ہیں۔ لیکن یہ وقفے بہت سی اصابتوں میں اس قدر طویل ہوتے ہیں کہ مریض کو طبعی زندگی بسر کرنے میں کوئی شدید دقت نہیں پیش آتی۔ بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ حملے موقوف ہو جائیں اور پھر کبھی نہ ہوں، لیکن عام طور پر ایسی اصابتوں کی جو تعداد اعداد و شمار کے تخمینوں میں درج پائی جاتی ہے، وہ تقریباً یقینی طور پر اصلی شرح سے زائد ہے۔ ایسے واقعہ کا ملنا شاذ نہیں کہ جس میں ایک مصروع کو پندرہ یا بیس سال تک بالکل اچھا رہنے کے بعد پھر حملے ہونے لگیں۔ حملوں کی قابلیت ایک مرتبہ موجود ہو تو غالباً ہمیشہ باقی رہتی ہے، چنانچہ ان مریضوں کی طرز زندگی مقرر کرتے وقت اس کا لحاظ رکھنا چاہیئے۔ جو حملے روزانہ یا شبانہ ہوتے ہیں، وہ ہمیشہ روزانہ یا شبانہ ہی رہنے کا رجحان رکھتے ہیں۔ اصابتوں کے بڑے تناسب میں ذہنی خرابی واقع ہو جاتی ہے، بالخصوص اس وقت جب کہ حملے متواتر اور شدید ہوں لیکن اس میں کوئی مستقل قاعدہ نہیں۔ کبھی کبھی ہم ایک مریض ایسا دیکھتے ہیں جس میں دورے نسبتہً کم اور عتاہت ترقی پذیر ہوتی ہے، اور اس کے برعکس کبھی ایسا مریض جسے حملے تو بہت زیادہ ہوتے ہیں مگر قوی ذہنیہ محفوظ ہوتے ہیں۔ یہ نہیں بھولنا چاہیئے کہ صرعی حملے دماغی سلعہ کی سب سے پہلی، اور کچھ زمانہ کے لئے واحد علامت ہو سکتے ہیں۔

لہٰذا دانشمندی یہی ہے کہ اِس عارضہ کے ابتدائی درجوں میں اور بالخصوص بالغوں کی
حالت میں انذار بتانے میں احتیاط اور تامل سے کام لیا جائے۔

علاج۔ عمومی۔ اِس امر کا اعتراف ضروری ہے کہ حملوں کی قابلیت
بیشتر اصابتوں میں مدت العمر باقی رہنے کا رجحان رکھتی ہے اور بذاتِ خود
ایک شدید رکاوٹ اور تکلیف دہ امر ہے۔ اسیواسطے مصروع پر حتی الامکان
کم پابندیاں عائد کرنی چاہئیں اور یہ اُسی حد تک ہوں جو اُس کی بہتری اور سلامتی
کے لئے ناگزیر ہے۔ خوش قسمتی سے بے ہوشی جو عموماً کبیر حملوں کا ممتاز خاصہ ہے
مریض کو اُن علامات سے بے خبر کر دیتی ہے جو اُس کے دوستوں کے لئے نہایت
744 تکلیف دہ ہوتی ہیں۔ اِن کی روئداد جو کسی چشم دید گواہ کے ذریعہ حاصل ہو،
مریض کی موجودگی میں ہرگز نہ دُہرانی چاہیے۔ مریض کو باقاعدہ زندگی بسر کرنیکی
ہدایت کرنی چاہیے، جس کے ساتھ کافی نیند، تفرّج اور مشغلہ ہو۔ راتوں کو دیر تک
جاگنے اور شراب اور تمباکو کے استعمال کی کثرت کی ممانعت کر دینی چاہیے۔ غذائی
پرہیز غالباً غیر ضروری ہیں، بہ استثنا رکیٹون پیدا کرنے والی غذا کے جس کا بیان
آگے ایک ذریعہ علاج کی حیثیت سے آئے گا۔ کسی مصروع کو ہرگز کبھی کسی حالت
میں موٹر گاڑی نہ چلانی چاہیے، اور نہ پُر اژدحام سڑکوں پر بائیسکل کی سواری
کرنی چاہیے۔ نہ اُسے حمام میں غسل کرنا چاہیے، تاوقتیکہ کوئی ایسا شخص اُسکے
ساتھ نہ ہو جو قابلیت حملہ سے آگاہ ہو۔ اِن پابندیوں سے قطع نظر بہتر یہی ہے
کہ اُسے معمولی زندگی بسر کرنے دی جائے اور یہ اطمینان دلا کر اُسکی ہمت افزائی
کی جائے کہ بہت سے ایسے اشخاص جن میں حملہ کی قابلیت موجود ہوتی ہے،
شادمانی اور کامرانی کی زندگی بسر کرتے ہیں۔ اِس میں شک نہیں کہ اس طرز زندگی
میں حادثات کے خطرات بھی مضمر ہوتے ہیں، لیکن فکرمند والدین کو صفائی کیساتھ
یہ بتلا دیا جائے کہ اِس کے بجائے کامل حفاظت کا طریقہ اختیار کرنے سے زندگی
ناقابل برداشت ہو جائے گی۔ اکثر اوقات شادی کے سوال کے متعلق رائے
پوچھی جاتی ہے۔ اِس کا اُس شخص پر کوئی اثر نہیں پڑتا۔ بہ حیثیت مجموعی عورتوں کو دوران
حمل میں کم حملے ہونے کا رجحان ہوتا ہے لیکن حملہ کی قابلیت اولاد میں منتقل

ہوجانے کا خطرہ ضرور ہوتا ہے۔ جہاں تک کہ پہلی پشت کا تعلق ہے یہ خطرہ خفیف ہوتا ہے، غالباً بیس میں ایک سے زائد نہیں۔ لیکن یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ تمام مصروعوں کی تقریباً ۳۰ فی صدی تعداد میں خاندانی شجرہ کے اندر کہیں نہ کہیں اِس عارضہ کی سرگذشت پائی جاتی ہے۔ مرد کی حالت میں ممکن ہے کہ حملوں کی وجہ سے اُس کی قابلیتِ کسبِ معاش محدود ہوجائے۔

دوائی۔ صرع کے علاج کے لئے بہت سی دواؤں کا استعمال کیا گیا ہے، جن میں سے بروما ئڈ کو اب بھی فوقیت حاصل ہے۔ عموماً بروما ئڈ کا پوٹاسی نمک استعمال کیا جاتا ہے۔ اِسے پہلے خفیف مقداروں میں دینا چاہیئے، بالغ کے لئے شب کو اور صبح۔ اگرین، اور عموماً اِسے لائکر آرسینی کیلس (liquor arsenicalis) کے ایک یا دو قطروں کے ساتھ دیا جاتا ہے، جس سے کہتے ہیں کہ جلدی ثورانات کے پیدا ہونے کا امکان کم ہوجاتا ہے۔ اگر ضرورت ہو تو مقدارِ خوراک کو ہا یا ۲۰ گرین تک بڑھا کر روزانہ تین بار دے سکتے ہیں۔ بہت سے مریض ایسی مقداروں کو بلا کسی مضر اثر کے برداشت کرسکتے ہیں، مگر بعض مریضوں کو پستی یا انخفاض کی شکایت ہوگی۔ لہٰذا اس دوا کے بارے میں انفرادی مزاجِ خاص کو غور سے دیکھ کر مقدارِ خوراک کو اُسی مناسبت سے کم و بیش کردینا چاہیئے۔

بعض اوقات جہاں بروما ئڈ ناکام رہے، لیُومِنال (luminol) کارگر ثابت ہوتا ہے، یا اُسے بروما ئڈ کے ساتھ دے سکتے ہیں۔ اُسکی مقدارِ خوراک چوبیس گھنٹوں میں ۵ گرین تک ہے، لیکن بیشتر مریضوں میں اِس اعظم مقدار کے اثر سے غنودگی طاری ہوجاتی ہے اور بعض مریضوں میں دوسرے سمّی علامات ظاہر ہوں گے، جیسے کہ دورانِ سر یا احمراری طفح۔ اگر یہ نہاد یا جائے تو $\frac{1}{2}$ گرین بصورتِ قرص روزانہ تین بار مناسب مقدار ہے، جسے حسبِ ضرورت بڑھا سکتے ہیں۔ چونکہ لیُومِنال سوڈیئم (luminol sodium) پانی میں حل ہوجاتا ہے لہٰذا اُسے بروما ئڈ کے ساتھ بہ سہولت دے سکتے ہیں، اور ایک بالغ کے لئے مندرجہ ذیل نسخہ موزوں ہوگا:-

پوٹاسیئم بروما ئڈ ــــــ ۱۰ گرین

لیئومینال سوڈیئم ——— ½ گرین
لائکر آرسینی کیلیس ——— ۱ قطرہ
آبِ کلوروفارم تا ایک اونس

روزانہ دو یا تین بار

پرومینال (prominol) لیئومینال کا بدل ہے، جس کے متعلق کہا جاتا ہے کہ یہ ناخوشگوار غنودگی پیدا کرنے کا کم رجحان رکھتا ہے۔ ½ ۱ ــ ۳ گرین روزانہ ۲ یا ۳ مرتبہ دئے جاسکتے ہیں۔

دوسری دواؤں میں صبغۂ لفاح (tincture of belladonna)، ۱۰ تا ۱۵ قطرے روزانہ تین بار دے سکتے ہیں، اور یہ بعض اوقات اُس وقت کارگر ہوتا ہے جبکہ برومائڈ اور لیئومینال ناکارگر ثابت ہوتے ہیں۔ بعض اوقات سوڈیئم بائی بوریٹ (sodium biborate) بھی، ۱۰ تا ۱۵ گرین کی مقداروں میں، مفید ہوتا ہے، اور چونکہ یہ کوئی مخفض اثر نہیں رکھتا لہٰذا اِسے برومائڈ کے بجائے یا برومائڈ کو اور قوی کرنے کے لئے استعمال کر سکتے ہیں۔ کبھی کبھی جب کہ دوسری دوائیں ناکام ثابت ہوں گیلی نیو کے مقندات (Gelineau's Dragees)، جن میں برومائڈ کے ساتھ پکروٹاکسین (picrotoxin) شامل ہے، کارگر معلوم ہوتے ہیں۔ صحیح آزمائش کیلئے اِن دواؤں میں سے کسی ایک کو مسلسل کئی ہفتوں یا مہینوں تک استعمال کرنا چاہیئے۔

دورانِ حملہ میں۔ اُن اصابتوں میں جنمیں متنبین نسمہ ہو بعض اوقات حملہ روکا جاسکتا ہے۔ اگر نسمہ ہاتھ میں ایسے احساس پر مشتمل ہو جو بتدریج اوپر بازو کی طرف بڑھے تو اُس حصے کو زور سے مَسلنے، یا مقامِ احساس سے اوپر کس کر تضییق کر دینے سے، اور اِس طرح گویا مرکزوں کی طرف اُس کا بڑھنا روک دینے سے دورے کو روکا جاسکتا ہے۔ جہاں یہ ترکیب کامیاب ثابت ہو مریض بازو کے بالائی حصے کے گرد رسی کا ایک پھندا ڈال سکتا ہے جس کا ایک سرا آستین میں سے ہو کر کلائی تک پہنچا ہو تاکہ وہ اِس سرے کو کھینچکر بازو کی فی الفور تضییق کر سکے۔ دوسرے مریض دوروں کو اس طرح روک سکتے ہیں کہ جوں ہی نسمہ محسوس ہو اپنی

745 توجہ جبری طور پر کسی ذہنی یا جسمانی سعی کے طرف پھیر دیں۔ اِس طرح کی مساعی کرنے کی حوصلہ افزائی محنت سے کرنی چاہئے۔ کبھی کبھی نائٹرائٹ آف ایمائل (nitrite of amyl) کو سنگھانے سے حملہ کی نمو یابی روکی جاسکیگی۔ جب دورہ فی الحقیقت شروع ہوگیاہے تو اُس کے علاج کے معاملہ میں کچھ نہیں کیا جاسکتا، لیکن مریض کو تشنج کے بعض نتائج سے محفوظ رکھا جاسکتا ہے۔ بالعموم اُسے وہیں لیٹا رہنا چاہیئے جہاں وہ گرا ہے، تاوقتیکہ یہ خود خطرے کا محل (مثلاً پانی کا ڈابر یا آگ) نہ ہو، مگر اُسے آس پاس کی چیزوں سے اپنے آپ کو متضرر کر لینے سے بچایا جاسکتا ہے۔ اُس کے کالر (collar)، نک ٹائی (neck-tie)، کفوں (cuffs) اور دوسری تنگ بندشوں کو فوراً ڈھیلا کر دینا چاہیئے۔ اور اُس کے دانتوں کے درمیان ایک کاگ، گتا پیچا یا جلاؤ لکڑی کا ٹکڑا رکھ دینا چاہیئے تاکہ زبان کٹنے سے محفوظ رہے۔ مصروع مصنوعی دانت استعمال کرتا ہو تو اُنھیں رات کو ہمیشہ نکال دینا چاہیئے کیونکہ ممکن ہے کہ وہ دورے کے وقت ڈھیلے ہو کر بلعوم میں مغروز ہو جائیں۔

حالت صرعیہ کے لئے متعدی کے ساتھ علاج ضروری ہے، کیوں کہ ممکن ہے کہ مریض خستگی کی وجہ سے ہلاک ہوجائے۔ بعض اوقات حملوں کا درمیانی وقفہ ایسا ہوتا ہے کہ دوا براہ دہن دیجاسکتی ہے۔ اِس طریقہ سے کلورل ہائڈریٹ (chloral hydrate) ۳۰ گرین، اور پوٹاسیئم برومائڈ ۶۰ گرین، ہر چوتھے گھنٹے دے سکتے ہیں، یہاں تک کہ حملے موقوف ہوجائیں۔ اگر مریض ادویہ براہِ دہن نہ لے سکے تو پیرالڈیہائڈ (paraldehyde) ۴ تا ۶ ڈرام کی مقدار میں چھ اونس پانی ملاکر براہ مستقیم دے سکتے ہیں۔ اِس کے جذب ہونے کا ثبوت اُس ممیز بو سے مل سکتا ہے جو مریض کی سانس میں پائی جاتی ہے۔ اگر حملے جیسا کہ اکثر اوقات پایا جاتا ہے، اسقدر متواتر ہوں کہ مستقیمی انجذاب کو روک دیں، تو تحت الجلدی ادویہ واحد ذریعۂ علاج ہیں۔ اب لیومینال (luminol) کے امپیول تحت الجلدی یا دروں عضلی اشراب کے لئے مل سکتے ہیں، جن میں ہر ایک میں ۲۰ فی صدی محلول کا ایک کیوبک سنٹی میٹر ہوتا ہے۔ ضرورت ہو تو

اِن میں سے ایک ہر دوسرے یا تیسرے گھنٹے استعمال کیا جا سکتا ہے۔ متبادلاً ہیوسین ہائڈروبرومائڈ (hyoscine hydrobromide) تحت الجلدی راہ سے ۱/۱۰۰ گرین کی معتادیں، ہر دوسرے گھنٹے دے سکتے ہیں، لیکن اس میں یہ نقصان ہے کہ یہ ایک خافض تنفس دوا ہے۔ مابعد صرع اختلاط (post-epileptic confusion) کے علاج کے لئے مُسکنات کی بڑی معتادوں کی ضرورت ہو سکتی ہے۔ پیرالڈیہائڈ ۲ تا ۴ ڈرام براہ دہن بہترین مُسکن ہے، یا اگر اس سے کامیابی نہ ہو تو اُن ادویہ میں سے جو حالت صرعیہ کے لئے بتلائی گئی ہیں، کوئی دوا دی جا سکتی ہے۔

غذائیات۔ بقراط نے اُن مختلف اشیاء کی فہرست درج کی ہے جو اُس کے زمانہ کے منتر جنتر والوں تطہیر کرنے والوں عطائیوں اور نیم حکیموں نے مصروعین کیلئے ممنوع قرار دی تھیں۔ اِن کے جانشینوں کی کمی نہیں۔ اس کا کوئی ثبوت موجود نہیں کہ مصروع کے لئے ایک قسم کی غذا دوسری قسم کی غذا سے بہتر ثابت ہوتی ہے، باستثنا کیٹون آفرین غذا کے جس کا بیان آگے آئے گا۔ یہ اس مشاہدے پر مبنی ہے کہ اُن مریضوں میں جنھیں بار بار حملے ہو رہے ہیں دس سے بارہ دن تک کے فاقہ سے حملے بہت کم اور اکثر بالکل بند ہو جائیں گے۔ یہ اثر اُس کیٹونیت کی وجہ سے معلوم ہوتا ہے جو فاقہ سے پیدا ہو جاتی ہے، اور ایسا ہی اثر ایسی غذا کے دینے سے حاصل ہو سکتا ہے جس میں کاربوہائڈریٹ کی کمی اور شحم کی نسبتۃً افراط ہو۔ پروٹین کی اساسی ضرورت کا تخمینہ اس طرح کیا جاتا ہے کہ جسم کے وزن کے ہر کلوگرام کے لئے ایک گرام پروٹین دیا جائے۔ کاربوہائڈریٹ کی مقدار گھٹا کر اقل ترین کر دی جاتی ہے اور حراری قیمت شحم سے پوری کر دی جاتی ہے۔ اس طریقہ سے جو نتائج حاصل ہوتے ہیں وہ بحیثیت مجموعی مایوس کن ہیں۔ بالغوں کی نسبت بچوں میں کامیابی کا زیادہ امکان ہے، اور ایسے بچے میں جو کثیر الوقوع صغیر حملے اور ذہنی تنزل ظاہر کرے، اس وقت جب کہ دوسرے علاج ناکام رہیں یہ علاج خاص طور پر مفید ہوتا ہے۔ (ملاحظہ ہو صفحہ 474—478 پر جداول الاغذیہ)۔

رضیعی تشنجات۔ یہ دوسرے اشخاص کے صرعی حملوں سے سریری طور پر مختلف نہیں ہوتے، الا یہ کہ شعور کا اختلال جو کہ صغیر حملوں کی خاص

خصوصیت ہے، اس عمر میں اتنا قابل لحاظ نہیں ہوتا۔

بحث اسباب۔ جیسا کہ بالغوں میں ہوتا ہے، حملوں کی قابلیت عضوی مرض کا نتیجہ ہوسکتی ہے یا خودرو قسم کی ہوتی ہے۔ حملوں کی ایک محدود تعداد کے عام ترین عضوی اسباب، التہاب سحایا، خاص طور پر دردی التہاب سحایا اور حاد التہاب دماغ ہیں، لیکن جب حملوں کا سلسلہ اطالت پذیر ہو تو ولادت پر دماغ کا تضرر، اور قشری نمو کا پیدائشی فشل ذہن میں لانا چاہیئے۔ ایسی اصابتوں میں یہ قابلیتِ حملہ زندگی کے پہلے چند دنوں یا ہفتوں میں رونما ہوتی ہے، یا اس کا ظہور دیر سے ہوتا ہے۔

746 خودرو قسم بسا اوقات زمانۂ شیرخوارگی میں رونما ہوتی ہے یعنی اس عمر میں جب کہ قشری وظیفہ نہایت ہی غیر مستحکم ہوتا ہے۔ ایک یا دو حملے واقع ہوسکتے ہیں، جن کی تعجیل شاید دانت نکلنے، یا دیر تک چیخنے، حاد سرایت، بدہضمی، یا اسہال سے ہو جاتی ہے، اور بقیہ تمام عمر وہ شخص مبترا رہتا ہے، البتہ اصابتوں کی ایک معتد بہ تعداد میں متاخر زندگی میں دورے واقع ہوتے ہیں، اور عام ترین عمر کہ جس میں نکس واقع ہوتا ہے بلوغ یا قبل از بلوغ ہے۔ چنانچہ بہت سے مصروعین کی ذاتی سرگذشت میں جن کے زیادہ تشویشناک حملے بچپن یا نوجوانی میں شروع ہوتے ہیں، ایک یا دو رضیعی تشنجات کی سرگذشت حاصل ہوسکتی ہے، اور مصروعین کی خاندانی سرگذشت میں بسا اوقات ایک یا دو ایسے افراد کی داستان حاصل ہوتی ہے جن کو زمانہ شیرخوارگی میں تشنج یا تشنجات ہوئے اور اس کے بعد کوئی نکس واقع نہیں ہوا۔

علاج۔ رضیعی حملوں کے اسباب معجلہ کو زمانہ ماضی میں ضرورت سے زیادہ اہمیت دی گئی ہے۔ شیرخوار بچہ اور بالغ ہر دو کے متعلق یہ کہنا صحیح ہے کہ تاوقتیکہ مرضی قابلیت پہلے سے موجود نہ ہو عامل معجلہ کوئی حملہ واقع نہیں کرسکتا، اور یہ کہ شیرخوار بچہ اور بالغ میں مرضی قابلیت اسی نوعیت کی ہوتی ہے، اور مماثل علاج چاہتی ہے۔ لہٰذا واحد حملے کا وقوع ظاہر کرتا ہے کہ برومائڈ کی مناسب مقدار کی ضرورت ہے، مثلاً ۲ گرین روزانہ، یا کوئی بھی اعظم خوراک جو اپنے اثرات میں بے ضرر ہو،

اور اس کو باقاعدگی کے ساتھ چھ ماہ یا بارہ ماہ تک جاری رکھنا چاہیئے۔ اس علاج کی مدت اس امر پر منحصر ہے کہ وہ حالات کیا تھے کہ جن میں حملہ واقع ہوا۔ ایسا حملہ جو کسی کافی معجل سبب کے بغیر واقع ہو' زائد صرعی قابلیت ظاہر کرتا ہے۔ جب کسی بچہ کو زمانہ شیر خوارگی میں تشنج یا تشنجات ہوئے ہوں' تو اس میں بعد ازاں صرع کے امکان پر نگاہ رکھنی چاہیئے تاکہ اگر یہ واقع ہو تو فی الفور علاج شروع کیا جاسکے۔ صرع جیسا کہ گوورز (Gowers) نے زور دیا ہے' ایک خود ملازم (self-perpetuating) مرض ہے' اور پہلے حملے کے بعد کامیاب علاج کا سب سے زیادہ موقع ہوتا ہے۔ جب دورہ واقع ہو تو عام طریقہ علاج یہ ہے کہ بچہ کو فی الفور گرم پانی میں رکھدیا جائے۔ اگر حال ہی میں پاخانہ نہیں ہوا ہے' یا اگر یہ خیال کرنے کی کوئی وجہ ہو کہ غذا اخراش پیدا کررہی ہے' تو ایک گرین کیلومیل (calomel) بچہ کی زبان پر رکھ دیں۔ اگر دورہ نہایت زور کا اور مسلسل ہو تو کلوروفارم احتیاط کے ساتھ استعمال کرسکتے ہیں۔ ۵ گرین پوٹاسیم برومائڈ دینا چاہیئے' جس کے ساتھ ۳۔۵ گرین کلورل ممزوج ہو۔

شقیقہ

(migraine) (megrim)

(صداع غشیانی = sickheadache آدھا سیسی = hemicrania)

یہ دردسر کے متواتر حملوں کی شکایت ہے جن سے پہلے بعض اوقات بعض غیر طبعی احساسات ہوتے ہیں' اور دردسر کے ساتھ اکثر متلی اور قئے ہوتی ہے۔

بحث اسباب۔ اوّلی سبب ایک بینی نقص معلوم ہوتا ہے۔ مریضوں کے بڑے تناسب میں اس مرض کی خاندانی سرگذشت موجود ہوتی ہے۔ یہ دردسر عموماً سن بلوغ کے قریب شروع ہوتے ہیں' لیکن تحقیقات کرنے سے اکثر بچپن میں "صفراوی حملوں" کی ماسبق سرگذشت ظاہر ہوگی' اور معلوم ہوتا ہے کہ شقیقہ اور بچوں کی نام نہاد دوری قئے ایک دوسرے کے ساتھ قریبی تعلق رکھتے ہیں۔ یہ شکایت زیادہ شاذ اصابتوں میں متاخر سالوں میں نمودار ہوتی ہے

ایک بار ظاہر ہونے کے بعد یہ اکثر ساری بالغ زندگی میں جاری رہتی ہے، اور پچاس سال کی عمر کے بعد حملے تواتر میں کم ہو جانے یا بالکل بند ہو جانے کا رجحان رکھتے ہیں۔ یہ مردوں کے نسبت عورتوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہوتی ہے، اور بعض اوقات حملوں اور حیض میں قریبی تعلق ہوتا ہے۔ متعدد و مختلف عوامل جو کبھی کبھی حملے پیدا کر دیتے ہیں سبب مرض سمجھے گئے ہیں۔ معلوم ہوتا ہے کہ ان میں دماغی بار سب سے زیادہ عام ہے، اور غالباً اسی سے دماغی کام کرنے والوں اور سریع الاشتعال مزاج والوں میں شقیقہ کے اضافی تواتر کی توجیہ ہوتی ہے۔ ممکن ہے کہ مریضوں کی کچھ تعداد میں تعبِ چشم (eye-strain)، بالخصوص وہ جو انعطافِ نور یا عضلی توازن کے ناتصحیح کردہ نقائص کی وجہ سے ہو، اہم عامل ہو۔ قبض اور غذا کی بے احتیاطیوں سے دورے شروع ہو سکتے ہیں۔ بعض اصابتوں میں شاید حساسیت (allergy) اس کا سبب ہو سکتی ہے۔ لیکن ہمیں اعتراف کرنا چاہیئے کہ جیسا صرع کی حالت میں ہوتا ہے، حملوں کی غالب تعداد بلا کسی ظاہری سبب کے واقع ہو جاتی ہے۔

امراضیات۔ دماغ میں یا اور کسی جگہ ایسے کوئی تشریحی تغیرات نہیں پائے گئے ہیں جن سے اِس مرض کی توجیہ ہو سکے۔ حملوں کی نوعیت، بالخصوص دردِ سر، قے، بطءُ النبض اور استبصاری اختلال کے اجتماع سے اندازہ ہوتا ہے کہ یہ سب درون جمجمی فشار کی عارضی زیادتی کی وجہ سے پیدا ہو جاتے ہیں، جو کسی صریح سبب کی غیر موجودگی میں، یا تو اِس وجہ سے ہوتی ہے (۱) کہ بطینات سے دماغی نخاعی سیال کے خارجی بہاؤ میں میکانی تسدد ہو کر ایک موقتی اندرونی استسقاء الدماغ پیدا کر دیتا ہے، یا اِس وجہ سے (۲) کہ وعاء حرکی اقتدار کا سریع الزوال خلل واقع ہو کر شعری احتقان اور دماغی اُذیما پیدا کر دیتا ہے۔

مندرجۂ ذیل حسّی مظاہر کی نوعیت اور ترتیب وقوع سے اندازہ ہوتا ہے کہ آخر الذکر توجیہ صحیح ہے۔

علامات۔ شقیقہ کا حملہ کامل ذیل کی چیزوں پر مشتمل ہوتا ہے:۔ (۱) ایک قسم۔ (۲) دردِ سر۔ (۳) حشائی اختلال، جو متلی، قے یا بعض اوقات اسہال کی شکل اختیار کرتا ہے۔ ناکمل حملوں کا وقوع عام ہے۔ ممکن ہے کہ کوئی

747

ایک علامت، یا دو علامات بدوں دوسری علامتوں کے واقع ہو جائیں، جن میں سے درد سر اور متلی کا اجتماع سب سے زیادہ کثیر الوقوع ہے۔

جب نسمہ موجود ہوتا ہے تو اکثر استبصاری اختلال کی شکل اختیار کرتا ہے۔



تصویر ۹۱۔ وہ طیف جو کہ شقیقہ کی بعض اصابتوں میں نظر آتا ہے، اور جو دیوار بصری یا طیف تحصینی کے نام سے موسوم ہے۔

ممکن ہے کہ مریض بظاہر کامل صحت کی حالت میں ہو اور اس وقت یہ محسوس کرے کہ وہ دونوں آنکھوں (شاذ صورتوں میں صرف ایک آنکھ) سے اس چیز کو نہیں دیکھ سکتا جو براہ راست میدان نظر کے مرکز میں ہے، بلکہ اسے دیکھنے کیلئے اسے اپنا سر ہٹانا پڑتا ہے، یا وہ فی الفور دیکھتا ہے کہ مرکز میں ایک روشن

قطعہ موجود ہے۔ چند ہی دقیقوں میں نابینائی کا رقبہ بڑا ہو جاتا ہے' اور اگر وہ کمرے کے تاریک حصے کی طرف یا کسی صاف سطح' مثلاً چھت' کی طرف پھرتا ہے تو اسے چمکدار رنگوں کا ایک چھوٹا سا دائرہ نظر آتا ہے' جو آڑھے ٹیڑھے یا دندانے دار جھالر کے (vandyked) طرز کا ہوتا ہے۔ لمحہ بہ لمحہ یہ دائرہ ایک یا دوسری جانب کو اور مرکز سے دور زیادہ بڑا ہوتا جاتا ہے' اور ایک نعل کی شکل میں کھلتا ہے' اور جب یہ نعل باہر کو پھیلتی ہے تو میدانِ نظر کو دھندلا کرتی جاتی ہے اور ساتھ ہی بصارت مرکز میں واپس آجاتی ہے اور بتدریج درست ہو جاتی ہے۔ نعل کا بیرونی حاشیہ رنگوں کے ایک آڑھے ٹیڑھے خط پر مشتمل ہوتا ہے۔ اس کے اندر رقبہ کور ہوتا ہے۔ جو اُبلتے ہوئے سیال کی طرح متحرک ہوتا ہے۔ اور پھر اس کے اندر بصارت کا درست شدہ رقبہ ہوتا ہے۔ نعل عموماً ابتدا سے نصف گھنٹے کے اندر میدان کے محیط تک پہنچ جاتی ہے۔ اب ہر چیز مرئی ہوتی ہے' اگرچہ شاید اہتزاز یا لرزش کے احساس کے ساتھ یہ صریحاً 748
ایک موضوعی احساس ہوتا ہے' اور دماغ کے ایک اختلال کے باعث ہوتا ہے' جو تقاطع بصری کے پیچھے اس طرف واقع ہوتا ہے جو میدان کے حصہ کور کے مقابل ہوتی ہے۔ اِس عجیب و غریب طیف کو دیواربصری (teichopsia) یا تحصینی طیف (fortification spectrum) کہتے ہیں (ملاحظہ ہو شکل 91)۔ اس طیف کی عجیب و غریب نوعیت کی وجہ سے اسکی طرف بہت کچھ توجہ منعطف کی گئی ہے۔ لیکن یہ اپنی مکمل صورت میں نادر ہوتا ہے۔ علی العموم یہ احساس روشنی کے مبہم چمکاروں تک محدود ہوتا ہے' جن کے بعد نصف میدان میں تاریکی چھا جاتی ہے' یا سادہ نیم بصری (hemianopic) دھندلاپن طاری ہو جاتا ہے۔ استبصاری میدان کا متاثرہ حصہ ہر حملہ میں مختلف ہوتا ہے' یعنے بعض اوقات دائیں نصف حصے' بعض اوقات بائیں نصف حصے' بعض اوقات دونوں بیرونی نصف حصے' یا دونوں میدانوں کے بالائی یا زیریں حصے متاثر ہو سکتے ہیں (مستعرض نیم بصری = transverse hemianopia)۔ نہایت شاذ صورتوں میں ایک مستقل تیرہ پیدا ہو جاتا ہے۔ بعض مثالوں میں نیم بصری نوعیت غیر موجود

ہوتی ہے، اور بصارت کا ایک عام دھندلا پن موجود ہوتا ہے۔ بعض اوقات استبصاری نسمہ کے بعد یا اُس کے بجائے حسّی یا حرکی مظاہر ہوتے ہیں، جن کی توزیع فالج نصفی کی توزیع کی طرح ہوتی ہے۔ یہ عموماً زبان اور لبوں کی دونوں جانبوں کی جھنجھناہٹ کے احساس کے ساتھ شروع ہوتے ہیں، جو پھر ایک جانب پر چہرے اور ہاتھ میں ظاہر ہوتا ہے، اور جب دوسرے حصوں پر حملہ ہوتا ہے تو وہ حصّہ جس پر پہلے حملہ ہوا تھا درست ہو جاتا ہے۔ اس سارے عمل میں بیس تا تیس دقیقے لگتے ہیں۔ کبھی کبھی جھنجھناہٹ کے ساتھ حرکی کمزوری بھی ہوتی ہے، اور اگر دائیں جانب ماؤف ہو تو گویائی کا ایک عارضی اختلال بھی موجود ہوتا ہے۔

بعض اصابتوں میں دردِ سر سے پہلے صرف ایک ذہنی قسم کا اختلال ہوتا ہے، یعنی پستی، نڈھال پن اور قریب الوقوع مصیبت کا خوف طاری ہوتا ہے۔ یا ممکن ہے کہ خیر و صلاح کا ایک غیر معمولی احساس ہو۔ اور یہ احساسات نصف گھنٹے سے لے کر دو یا تین گھنٹوں تک قایم رہ سکتے ہیں۔

نسمہ کے بعد، عموماً فوراً، دردِ سر ہو جاتا ہے۔ اس کی شدت ہر درجہ کی ہوتی ہے، یعنے اتنی خفیف کہ ذہنی کام میں حارج نہ ہو، یا اس قدر شدید کہ مریض کو ہر کام کے لئے بالکل ناقابل بنا دے۔ یہ درد اکثر سارے دن، اور بعض اوقات دو یا تین دن تک جاری رہتا ہے، اور شدید صورتوں میں بتدریج بڑھتا رہتا ہے، یہاں تک کہ جب وہ درجۂ کمال کو پہنچتا ہے تو متلی اور قئے ہو جاتی ہے، جس کے بعد کسیقدر آرام محسوس ہوتا ہے۔ اس کے بعد وہ جلد غائب ہو جاتا ہے، یا زیادہ تدریجاً کم ہوتا ہے، یا جاری رہتا ہے یہاں تک کہ مریض رات کو سونے چلا جائے۔ جب مریض شاید طویل نیند کے بعد بیدار ہوتا ہے تو اچھا ہوتا ہے، لیکن کمزوری یا تکان کا کچھ احساس پایا جاتا ہے۔

یہ درد اکثر ایک جانبی ہوتا ہے (صُداعِ نصفی - آدھا سیسی = hemicrania)، لیکن ممکن ہے کہ ایک جانب پر شروع ہو اور جگہ بدل کر دوسری جانب کو چلا جائے، بلکہ پھر اُس جانب میں آ جائے جہاں پہلے ہوا تھا، یا دونوں جانبوں کو ایک ساتھ ماؤف کرے۔ جو جانب پہلے ماؤف ہوتی ہے وہ عموماً وہی ہوتی ہے جو استبصاری

طیف کے مقابل ہے۔ درد جبہی، صدغی، یا جداری خطے میں، یا آنکھ کے پیچھے، اکثر ایک نہایت محدود مقام پر شروع ہوسکتا ہے، جہاں سے وہ مختلف سمتوں میں پھیل سکتا، یا عام ہوسکتا ہے۔ نوعیت میں وہ اکثر ناقب ہوتا ہے، اور حرکت، روشنی، یا آواز سے زیادہ ہوجاتا ہے۔ اور مریض صرف لیٹی ہوئی وضع میں آرام محسوس کرتے ہیں۔ درد اسقدر سخت ہوسکتا ہے کہ مریض پر ذہول یا ہذیان طاری ہوجاتا ہے۔ اس کے ساتھ ہی اُس کا چہرہ شاحب ہوکر کھنچ جاتا ہے، ہاتھ پاؤں سرد اور نبض ضعیف، صغیر اور بطی ہوجاتی ہے۔ صرف چند اصابتوں میں ایسا معلوم ہوتا ہے کہ جیسے جیسے دردِ سر جاری رہتا ہے یہ حالتیں معکوس ہوجاتی ہیں، چہرہ تمتما جاتا ہے، اور پسینہ آنے لگتا ہے۔

شقیقہ کے حملے چند دنوں یا دو یا تین مہینوں کے وقفوں کے ساتھ مکرر ہوجاتے ہیں، مگر تین یا چار ہفتوں کا وقفہ زیادہ عام ہوتا ہے۔ خاص خاص حملے متذکرہ بالا مخصوص اسباب سے واقع ہوسکتے ہیں، لیکن بعض اوقات یہ جاننا ناممکن ہوتا ہے کہ یہ اختلال کس چیز سے واقع ہوگیا ہے۔ مشابہت کے بعض سریری خصائص کے علاوہ شقیقہ اور صرع کے درمیان ایک قسم کا ائتلاف بھی پایا جاتا ہے۔ بعض اوقات ان دونوں کا وقوع ایک ہی مریض میں پایا جاتا ہے۔ دوسری مثالوں میں ممکن ہے کہ اُس مریض کو جو شقیقہ میں مبتلا ہے بعد میں صرع ہوجائے اور ازاں بعد اُسے شقیقہ کے حملے نہ ہوں، یا یہ تبادلہ دوسرے رُخ میں ہوجائے۔

شللِ العینی شقیقہ (ophthalmoplegic migraine) کا نام اُن شاذ اصابتوں کے گروہ کو دیا گیا ہے جن میں دردِ سر کے متواتر حملے کسی ایک محرک العین عصب کے عارضی شلل کے ہمراہ پائے جاتے ہیں۔ بالعموم یہ شلل حملوں کے درمیان میں رفع ہوجاتا ہے لیکن ممکن ہے کہ بتدریج مستقل ہوجائے۔ اِن اصابتوں کی کوئی تشفی بخش توجیہ نہیں پائی جاتی۔ تاہم یہ امر مسلمہ ہے کہ اِس نوعیت کے حملے، خطرناک عضوی مرض کی کوئی امارت نمو یاب ہوئے بغیر، بیس یا تیس سال تک جاری رہ سکتے ہیں۔ 749

تشخیص۔ حملوں کی دوریت اور کامل صحت کے وقفے، عمر جس پر آغاز مرض ہوتا ہے،

اور متلی کے ساتھ ایتلاف، یہ بالعموم تشخیص کے لئے کافی ہوتے ہیں۔ لیکن ہر اصابت میں دوسرے اسباب کو خارج از بحث کرنا ضروری ہے۔ دماغی سلعہ کے متوالی درد سر کے ہمراہ جلد یا بدیر التہاب حلیمہ بصری یا دماغ کی مقامی مضرت رسیدگی کے امارات پائے جاتے ہیں۔ درد سر کے دوسرے اسباب جو قابل غور ہیں وہ ہیں جو انفی اجواف کی سرایت، آتشکی التہاب سحایا، دماغی شریانی صلابت کا نتیجہ ہیں، اور سمی اسباب مثلاً یوریا دمویت۔

شقیقہ کا نسمہ صرع کے نسمہ کے ساتھ خلط ملط ہو سکتا ہے۔ لیکن آخر الذکر مرض کا نسمہ چند لمحوں کی مدت کا ہوتا ہے اور شقیقہ کا نسمہ تقریباً بیس دقیقوں تک رہتا ہے۔ شقیقہ میں ہوش وحواس میں بھی کوئی اختلال نہیں ہوتا۔ ممکن ہے کہ بعض مریضوں کو درد سر کے نسبت متلی یا قے سے زیادہ تکلیف ہو اور وہ صرف انھیں علامات سے تسکین چاہیں۔

انذار۔ علاج سے حملوں کے تواتر اور شدت دونوں میں معتدبہ اصلاح ہو سکتی ہے، اگرچہ کہ مرض عام طور پر برسوں جاری رہتا ہے۔ لیکن اس مرض میں جان کا خطرہ نہیں، اور اس کا کوئی ثبوت موجود نہیں کہ شقیقہ میں مبتلا ہونیوالے مریض دوسروں کے نسبت نزف، علقیت، اور دماغ کے دوسرے امراض میں مبتلا ہونے کا زیادہ امکان رکھتے ہیں۔ یہ مرض اکثر پچاس برس کی عمر کے بعد کم تواتر سے ہوا کرتا ہے یا بالکل غائب ہو جاتا ہے، بالخصوص عورتوں میں سن یاس کے بعد۔

علاج۔ وقفوں کے زمانہ میں:۔ مریض کو نہایت صحی حالات میں رکھنا چاہیئے، اور ساتھ ہی غذا کو احتیاط کے ساتھ باقاعدہ کیا جائے، قبض سے احتراز کیا جائے، ورزش ایسی ہو کہ خستگی نہ ہو، صاف اور صحت بخش ہوا ملے، زیادہ دماغی مطالعہ نہ ہو اور دماغی افکار سے احتراز کیا جائے۔ ہرسٹ (Hurst) کا بیان ہے کہ بہت سے مریضوں میں عینی انعطاف (ocular refraction) یا عضلی توازن کے نقائص کی تصحیح عینک سے کر دینے سے حملوں سے شفا ہو سکتی ہے۔

دواؤں میں لیئومنیال (luminol) سب سے زیادہ مفید ہے۔ یہ قرص کی شکل میں یا ایک آمیزہ میں لیئومنیال سوڈیم (luminol sodium) کی شکل میں دیا جاسکتا ہے۔ آدھا گرین روزانہ تین بار عموماً کافی ہوتا ہے اور اتنا زیادہ نہیں ہوتا کہ جس سے غنودگی طاری ہوجائے۔ یہ باقاعدگی کے ساتھ مہینوں لیا جاسکتا ہے، اور بالعموم اس سے حملوں کے تواتر اور شدت دونوں میں کمی ہوجاتی ہے۔ بعض اصابتوں میں آمیزۂ گاور (Gower's mixture) بطور حفظ ما تقدم باقاعدگی کے ساتھ لینے سے اچھا اثر ہوتا ہے، اور اس میں اجزائے ذیل شامل ہیں:۔

liq. trinitrini m i	لائکر ٹری نائٹرینی ۔ ایک قطرہ
liq. strychainae m v	لائکر اسٹرکنائنی ۵ قطرے
tinct. gelsemii m x	ٹنکچر جلسیمی ۱۰ قطرے
sodium bromide gr x	سوڈیم بروما ئیڈ ۱۰ گرین
dilute hydrochloric acid m x	ڈائلیوٹ ہائڈروکلورک ایسڈ ۱۰ قطرے

حملوں کے دوران میں۔ مریض کو عموماً تجربہ سے معلوم ہوجاتا ہے کہ کم شدید حملوں کو مختصر کیا جاسکتا ہے۔ دس یا پندرہ گرین ایسپرین اور کسی تاریک اور خاموش کمرے میں ایک گھنٹہ تک ایک صوفہ پر آرام لینا اکثر کافی ہوتا ہے، بالخصوص اگر اس عرصہ میں نیند بھی آسکے۔ اگر علامات ایسے دن کے خاتمہ پر ظاہر ہوں جس میں مصروفیت کی وجہ سے تکان ہوگئی ہو تو اچھے کھانے اور ایک جام روح شراب لینے سے بعض اوقات طبیعت بحال ہوجائیگی بشرطیکہ متلی نہ شروع ہوگئی ہو۔ زیادہ شدید حملوں میں معدی حرکت دودیہ بالکل موقوف ہوجاتی ہے (جیسا کہ لاشعاعوں سے ظاہر ہوتا ہے) اور بجز پانی کے گھونٹوں کے منہ سے کچھ نہیں لیا جاسکتا۔ ایسی حالت میں ایک تاریک کمرے میں آرام کرنا ایک واحد ذریعۂ سکون ہے۔ اگر قئے شدید ہو اور زیادہ عرصہ تک رہے تو ۶ فی صدی گلوکوز کے مقعدی تصفیقات (rectal infusions) دینے چاہئیں۔ یہ حملے کو مختصر کرنے میں ممد ہوتے ہیں اور مابعد خستگی کو کم کردیتے ہیں۔ سر پر

سہ دلا سقات لگانا عموماً پسند کیا جاتا ہے۔ اگر درد غیر معمولی طور پر شدید ہوتا ہو تو مارفیا (morphia) تحت الجلدی راہ سے دینا چاہیے، اور ممکن ہے کہ اس کی معتاد کو مکرر دینا پڑے۔ اگر اس کی ضرورت ہو تو اُسے وہ طبیب جو معالج ہو یا ایک تربیت یافتہ ممرضہ دے سکتی ہے۔ مارفیا مریض یا اُس کے دوستوں کے سپرد ہرگز نہیں کرنا چاہیے۔

عضلی رجفہ

(MYOCLONUS)

(myoclonia)

اس عنوان کے تحت وہ کثیر التعداد حالتیں مجتمع کردی گئی ہیں جن کا ممیز
خاصہ عضلات کا ایک مختصر سریع انقباض ہوتا ہے، جو صرع، ہسٹیریا، داء الرقص، کنع
750 (athetosis) وغیرہ کا جزو نہ ہو۔ سباتی التہاب دماغ (encephalitis lethargica)
میں واقع ہونے والے حرکات کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 706)۔

ورائی کثیر عضلی رجفہ

(paramyoclonus multiplex)

فریڈرک نے اس نام کے تحت ایک شخص کی اصابت بیان کی ہے جسے بازوؤں، پیش بازوؤں، اور جانگوں کے بڑے عضلات میں صاعقہ نما انقباضات ہوتے تھے۔ جب وہ چلتا تو یہ انقباضات موقوف ہو جاتے، اور جب وہ بستر میں سکون کے ساتھ لیٹتا تو بدتر ہو جاتے۔ اگر ایک ہاتھ کام میں لایا جاتا تو اُس میں انقباضات موقوف ہو جاتے، مگر دوسرے ہاتھ میں جاری رہتے۔ گو یہ انقباضات تند ہوتے مگر جارحہ کی بحیثیت مجموعی کوئی حرکت نہ پیدا کرتے۔ گھٹنے کے جھٹکے زیادہ ہو گئے تھے۔ جلد کی حس پذیری، عضلی حس، وعاحرکی اور افرازی مظاہر طبعی تھے۔ گلوانیت (galvanism) کے علاج سے یہ حالت غائب ہو گئی لیکن

مکرر ہو کر اُس شخص کے مرنے تک موجود رہی۔ رجفی عضلی انقباض کی متعدد دوسری اصابتیں مندرج ہیں جو فریڈرک کے مریض سے متعدد امور میں مختلف ہیں۔ اصلی چیسز جسم کے مختلف حصوں میں بعض اصابتوں میں جوارح میں، دوسری اصابتوں میں چہرے اور دھڑ میں، جدا گانہ عضلات کے یا عضلات کے اجزا کے خود رو سریع انقباضات کا وقوع ہے، جو عموماً دوجانبی ہوتے ہیں، لیکن یہ ضرور نہیں ہے کہ دونوں جانبوں پر مساوی طور پر یا ایک ہی وقت میں واقع ہوں۔ بعض اوقات یہ انقباضات ماؤف حصّوں میں مکانی حرکی اثر پیدا کر دیتے ہیں، لیکن عموماً نہیں۔ یہ فی منٹ ۶۰ تا ۱۰۰ کی شرح سے، لیکن بے قاعدگی کے ساتھ، واقع ہوتے ہیں۔ مختلف دنوں میں تواتر اور قوت میں مختلف ہوتے ہیں۔ اور اکثر اسوقت زیادہ ہوجاتے ہیں جب کہ مریض زیر مشاہدہ ہو، یا بیرونی تہیجات (آواز، لمس) میں منکشف ہو۔ عضلات کی میکانی تہیج پذیری زیادہ ہوجاتی ہے، مگر اُن کی برقی تہیج پذیری غیر مبدّل رہتی ہے۔ بعض اصابتیں صرع کے ساتھ پائی گئی ہیں (عضلی رجفی صرع= myoclonus epilepsy)، دوسری اصابتوں میں ہسٹیریا سے قریبی مشابہت پائی گئی ہے، اور یہ ایک ہی خاندان کے دو یا زیادہ ارکین میں واقع ہوا ہے۔ شاذ حالتوں میں یہ حرکات مرکزی عصبی نظام کے واضح مرض کیساتھ پائی گئی ہیں۔ امراضیات نامعلوم ہے۔ اِس مرض کے تدارک کے لئے عمود الفقرات پر گلوانیت، علاج بالماء، سنکھیا اور کلورل کا استعمال کیا گیا ہے اور اِس سے شفا بھی ہوئی ہے۔ لیکن انذار اچھا نہیں ہوتا۔

قلصیات

(tics)

(عادتی تشنج= habit spasms)

قلص (tic) کی تعریف یوں کی جاتی ہے کہ وہ ایک ہم آہنگ، منظم، غائی فعل ہے، جو روزانہ زندگی کی ہم آہنگ حرکات کو ایک غیر ارادی طریقہ پر از سر نو پیدا کر دیتا ہے (میگی: Meige)۔

یہ حرکات عموماً بچپن میں، پانچ اور بارہ سالوں کی عمر کے درمیان شروع ہوتی ہیں، بالخصوص وجہی عضلات کو ماؤف کرتی ہیں، اور اکثر اوقات بقاعدہ وقفوں کے ساتھ مکرر ہوا کرتی ہیں۔ ایسی حرکات آنکھوں کا جھپکنا، ناک۔ یا دہن کے زاویہ میں جھٹکے دینا، مونڈھے چڑھانا، انگلیوں میں جھٹکے دینا، آواز یا الفاظ نکالنا، ٹانگوں کو باہر کی طرف جھٹکنا، یا اور دوسری سادہ حرکات کا کرنا ہیں۔ غالباً ابتداءً یہ کسی خراش کو سکون دینے کی غرض سے یا کسی مقامی احساس کی عجیبیت میں، بالارادہ عمل میں لائی گئی تھیں، اور پھر انعکاسی طور پر مکرر عمل میں آتی رہیں، یا خیال سے اِن کی تہییج ہوتی رہی، اور بالآخر یہ خود بخود طور پر خود بخود واقع ہونے لگیں، یعنے ایک خراب عادت کے طور پر قایم ہو گئیں جس کے متعلق ممکن ہے کہ بچہ تقریباً بے خبر رہا ہو۔ ممکن ہے کہ مشاہدے کے دوران میں یہ حرکات کم ہو جائیں، اور اُسی بچہ میں ایک قسم کی حرکت کو شفا ہو جائے، اور کچھ عرصہ کے بعد اُس کے بجائے دوسری حرکت ہونے لگے۔ یہ ایک سوال ہے کہ آیا بعض حشائی عوارض کو قلصیات کے زمرہ میں سمجھا جائے یا نہیں، اگرچہ زیادہ عام طور پر ان کو ہسٹیریا کی علامت شمار کیا جاتا ہے، اور اِسی وجہ سے ان کو اُسی عنوان کے تحت بیان کیا جائے گا۔ بعض اقسام کی وظیفی قئے اور بلع الہوا (aerophagy) ایسے ہی ہیں۔ آخر الذکر وہ حالت ہے جس میں مریض ابکائی لینے کی کوشش میں اپنے معدے کے اندر مسلسل ہوا کے گھونٹ داخل کرتا رہتا ہے۔

انعکاسی نوعیت کی حرکات جو ابتداءً محیطی خراش سے پیدا ہو جاتی ہیں، اُن اشخاص میں قلص کے طور پر جاری نہیں رہتیں جن کا ذہنی توافق طبعی ہو۔ مثلاً بچوں میں یہ عارضہ اکثر اوقات تر بستری (bed-wetting)، شب ترسی (night-terrors) اور عصبانی بنیہ کے دوسرے امارات کے ساتھ پایا جاتا ہے، اور اس عادت کا آغاز غالباً ہمیشہ ایک نفسی لیول پر مجموعی شخصیت کے غلط توافق کے اظہار کے طور پر ہوتا ہے۔ اِس کی تائید اِس واقعہ سے بھی ہوتی ہے (جس کی تصدیق بیشتر اصابتوں میں مریض سے ہو سکتی ہے) کہ

اس حرکت کے وقوع سے پہلے ایک عملی خواہش اس کو عمل میں لانے کی پیدا ہوتی ہے، اور اگر اسے روک دیا جائے تو بڑی ذہنی تکلیف پیدا ہو جاتی ہے۔

اکثر اسے داء الرقص (chorea) سے تمیز کرنا پڑتا ہے، جس میں بالعموم حرکات زیادہ وسیع طور پر پھیلی ہوئی بلا غایت اور بیقاعدہ ہوتی ہیں۔

تسبیب کے متعلق دو قسم کے عوامل پر غور کرنا پڑتا ہے:۔ ایک طرف تو محیطی خراشش کے نظر انداز شدہ منبع، جیسے کہ مزمن التہاب ملتحمہ (chronic conjunctivitis) یا ناہموار کناروں کا کالر یا جذباتی نوعیت کی مشکلات ہیں، جیسے کہ رنجیدہ خانگی معاملات و ماحول یا طالب علمی کی زندگی کے ساتھ ناکمل توافق۔ یہ ماحولی عوامل ہیں، جنھیں قدیم تمثیل کے الفاظ میں تخم مرض کہہ سکتے ہیں۔ دوسری طرف وہ عصبانی شخصیت ہے، جو زمین کا کام دیتی ہے، اور انذار کا انحصار بیشتر اسی آخر الذکر چیز پر ہوتا ہے۔ بعض اصابتوں میں خراشش پیدا کرنے والے تمام ذرائع کو دور کر دینے، ماحول کی کلی تبدیلی، اور ذاتی مشکلات کے حل میں امداد دینے سے ممکن ہے کہ شفا ہو جائے، بالخصوص بچوں میں۔ بالغوں اور زیادہ پرانی اصابتوں میں مرض کے مستقل ہو جانے کا امکان ہوتا ہے چنانچہ بعض اصابتوں میں وہ محض طرز عمل کے نرالے پن کی شکل اختیار کر لیتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ زیادہ گہرے ذہنی عدم استحکام (mental instability) کی علامت ہو۔ علاج میں برومائڈز (bromides) بوجہ اپنے مسکّن اثر کے مفید ہیں، جن کے ساتھ ہی ایسی ورزشیں ہوں جن میں مریض کو ماؤف عضلات کو ڈھیلا کرنا اور انھیں دوسرے حرکات کے لئے کام میں لانا سکھلایا جاتا ہے۔ ان ورزشوں کی مشق روزانہ ایک آئینہ کے سامنے کرانی چاہیئے، اور غیر طبعی حرکات موقوف ہو جانے کے بعد بھی انھیں کچھ عرصہ تک ایک معمول کے طور پر جاری رکھنا چاہیئے۔ مزید برآں بنیادی نفسیاتی عوامل کے طرف بھی، جیسا کہ پہلے اشارہ کیا گیا ہے، توجہ مبذول کرنی چاہیئے۔

شنجی کج گردنی (شنجی صعر)

(spasmodic torticollis)

علاوہ اُس عارضی عارضہ کے جسے اکڑی گردن (stiff neck) یا رثیتی کج گردنی (rheumatic torticollis) کہتے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 655)، دو اور زیادہ دیرپا حالتیں جو کج گردنی کے نام سے مشہور ہیں، مثبت کج گردنی (fixed torticollis) یا پیدائشی کج گردنی (congenital wryneck)، اور شنجی کج گردنی (spasmodic torticollis) ہیں۔ اول الذکر عضلۂ قصّیہ حلمیہ کے مستقل تقصّر کے باعث ہوتی ہے، جو بعض اصابتوں میں دوران پیدائش کے تضررات سے منسوب کیا جاتا ہے۔ یہ حالت پہلے اگر ابتدائی زمانۂ شیرخواری میں نہیں تو بچپن کے زمانہ میں دیکھی جاتی ہے، اور چہرے کی ہڈیوں میں عدم تشاکل پیدا کر دیتی ہے۔

شنجی کج گردنی فتورِ وظیفہ ہے، جس کا ممیّز خاصّہ گردن کے عضلات کے تشنجی یا رجفی انقباضات ہیں، جن کی وجہ سے سر جبراً ایک غیر طبعی وضع اختیار کر لیتا ہے۔ یہ حالت کئی طریقوں سے قلصات (tics) سے مماثل ہے۔

بحث اسباب۔ یہ مرض تیس سال کی عمر سے پہلے شاذ ہی دیکھا جاتا ہے۔ یہ دونوں صنفوں کو ماؤف کرتا ہے، مگر مردوں کے نسبت عورتوں کو زیادہ اکثر۔ اس کا سبب ہمیشہ نہیں معلوم کیا جا سکتا۔ عصبانی ورثہ، عنقی غدد کا یا خود عضلات کا التہاب، سردی کا تکشّف، سقطہ اور تضرر، اور مخصوص پیشوں میں شانے، بازو یا گردن کے عضلات پر حد سے زیادہ زور پڑنا، یہ چند امور ایسے ہیں جو بطور اسباب کے مندرج کئے گئے ہیں۔ ایسی اصابتیں بھی بیان کی گئی ہیں جن میں یہ علامت سُباتی التہابِ دماغ (encephalitis lethargica) کے نتیجہ کے طور پر پیدا ہو گئی ہے۔

امراضیات۔ اِس کے متعلق بہت کم معلومات حاصل ہیں۔ ایسا کوئی [illegible] جس کی توجیہہ ہو سکے، لیکن غالباً

اِس کا انحصار دماغ یا ساقِ دماغ میں کے حرکی مرکزوں کے وظیفہ کے اختلال پر ہوتا ہے۔

علامات۔ یہ عارضہ تدریجی طور پر شروع ہوتا ہے، اور ابتداً گردن میں محض ایک تکلیف سی محسوس ہوتی ہے۔ پھر ماؤف عضلات کے صریح رجفی حرکات محسوس ہوتے ہیں، جن سے سر گھوم جاتا ہے یا اُس کی وضع بدل جاتی ہے۔ مثلاً اگر دایاں عضلۂ قصیّہ حلمیہ ماؤف ہے تو سر کے جھٹکے متواتر اسی عضلہ کے فعل کے رُخ میں واقع ہوتے رہتے ہیں، ٹھوڑی سامنے یا اوپر کو مقابل جانب کو چلی جاتی ہے، اور قذال نیچے ترقوہ کے طرف کھنچ آتا ہے۔ انقباضات یکایک بیقاعدگی کے ساتھ، اور بار بار ہوتے ہیں۔ چند لمحوں کے لئے فترہ واقع ہوتا ہے، جس کے دوران میں مریض آہستہ آہستہ اور احتیاط کے ساتھ سر کو سیدھا کر لینے کی کوشش کرتا ہے کہ اتنے میں عضلہ پھر منقبض ہوتا ہے اور چہرہ بتدریج زور سے گھوم کر بائیں طرف ہوجاتا ہے۔ سر کو سہارے سے رکھنے سے یہ حرکات کچھ وقت کے لئے رک جاتے ہیں، اور سونے میں بھی موقوف ہوجاتے ہیں، لیکن مریض کے جاگتے ہی از سر نو شروع ہوجاتے ہیں اور بلا زیادہ سکون کے دن بھر جاری رہتے ہیں جب ان کے طرف توجہ کی جاتی ہے تو یہ عموماً زیادہ ہوجاتے ہیں۔ سب سے زیادہ بار ماؤف ہونے والا عضلہ عضلۂ قصیّہ حلمیہ ہے، اور اِس کے بعد عضلۂ مربعہ منحرفہ نما (trapezius) کا بالائی حصہ اور عضلہ عصابیہ راسیہ (splenius capitus) ہے۔ بعض اوقات عضلۂ مُرکّبہ (complexus) اور عضلۂ قصبیہ حلمیہ (trachelo-mastoid) سر کے عمیق عضلاتِ مدوّرہ (deep-rotators) اور عضلۂ منتشرہ (platysma myoides) متاثر ہوتے ہیں۔ ظاہر ہے کہ سر کی وضع اُن عضلات سے متعین ہوتی ہے جو منقبض ہوتے ہیں۔ عضلۂ قصیّہ حلمیہ وہ نتائج پیدا کرتا ہے جو پہلے بیان کئے گئے ہیں۔ عضلۂ مربعہ منحرفہ نما سر کو پیچھے اور نیچے کو خود اپنی جانب کو کھینچتا ہے، اور ساتھ ہی چہرہ کو مقابل جانب کو گھما دیتا ہے، اور عضلۂ عصابیہ سر کو نیچے کے طرف کھینچتا ہے اور ساتھ ہی کسیقدر اپنی جانب کو گھما دیتا ہے۔ ممکن ہے کہ ان عضلات میں سے دو یا زیادہ ایک ساتھ ماؤف 752

ہوجائیں، بیشتر اوقات عضلہ قصیہ حلمیہ ماؤف ہوتا ہے اور اس کے ساتھ عضلہ مربعہ منحرفہ نما اسی جانب کا، یا عضلہ عصابیہ مقابل جانب کا۔ ظاہر ہے کہ اس کا نتیجہ سر کی ایک درمیانی وضع ہوگی۔ یا ممکن ہے کہ دونوں جانبوں کے متناظر عضلات ایک ساتھ عامل ہوکر اپنے انقباض کے دوران میں سر کو پیچھے کی طرف کھینچ لیں۔ ایسی اصابتوں میں عموماً ساتھ ہی جبہی عضلات کا بھی انقباض ہوتا ہے، جو طبعی طور پر اس وقت منقبض ہوتے ہیں جب کہ ہم اوپر کی طرف دیکھنے کی غرض سے سر کو پیچھے کی طرف جھکاتے ہیں۔ بعض اوقات مرض خود پھیل کر چہرے کے عضلات، یا شانے یا بازو کے عضلات کو ماؤف کر دیتا ہے، بالخصوص دورے کے عروج کے وقت۔ اور شاذ اصابتوں میں ممکن ہے کہ قطنی یا شوکی عضلات ماؤف ہوجائیں اور اُن کے متواتر انقباضات سے جسم ایک جانب کو نیچے کھنچ آئے۔ نسبتاً زیادہ خفیف اصابتوں میں، یا ابتدائی درجوں میں، ممکن ہے کہ کوئی درد نہ ہو، مگر مرض کی شدید قسموں میں انقباض پذیر عضلات میں تشنج العصبی درد ہوتا ہے۔ عضلات اپنے حد سے زائد فعل کی وجہ سے اکثر بیش پرورده ہوجاتے ہیں۔ کم از کم وہ اپنا طبعی حجم تو برقرار رکھتے ہیں۔ برقی خراشش پذیری طبعی ہوتی ہے یا زیادہ ہوجاتی ہے۔

تشخیص ۔ دائمی حرکات اس مرض کو پیدائشی کج گردنی سے ممیز کرتے ہیں، جس میں سرگذشتِ مرض ابتدا سے ہوتی ہے اور وجہی عدم تشاکل موجود ہوتا ہے۔ دائمی حرکات ہی اسے اس عارضی عارضہ سے ممیز کرتے ہیں جو اکڑی گردن کے نام سے مشہور ہے، اور عضلات کے اُس تشنج سے جو عنقی فقرات کی بوسیدگی (caries) میں ہوتا ہے۔

انذار ناموافق ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ تشنج میں چند ماہ کے بعد تخفیف ہوجائے، لیکن زیادہ تر وہ کم و بیش شدید شکل میں باقی ماندہ زندگی بھر باقی ہی رہتا ہے۔

علاج ۔ یہ مرض نہایت دشوار علاج ہوتا ہے۔ اگرچہ متعدد ادویہ آزمائی گئی ہیں مگر کامیابی بہت کم ہوئی ہے۔ وہ جو سب سے زیادہ مفید ثابت

ہوتی ہیں حسبِ ذیل ہیں :۔ برومائڈز' لیومینال (luminal)' زنک ویلیریٹ (zinc valerianate)' لفاح (belladonna)' اور ہیوسین ہائڈرو برومائڈ (hyoscine hydrobromide) بذریعہ تحت الجلدی اشراب ۔ افیون آمیز دوائیں (opiates)' اور کلوروفارم کا استنشاق (chloroform inhalation) تشنج کو کچھ عرصہ کے لئے روک دیتے ہیں' لیکن تاوقتیکہ مکرر معتاد نہ دی جائے تشنج چند گھنٹوں میں پھر ہونے لگتا ہے۔ بعض اصابتوں میں ورزشیں' جیسی کہ قلصات کے علاج میں بیان کی گئی ہیں' مفید ہوتی ہیں' بالخصوص ماؤف عضلات کو ڈھیلا کرنے کی تعلیم۔

اس مرض کے علاج کے لئے بہت عملیے ایجاد کئے گئے ہیں لیکن چنداں کامیابی نہیں ہوئی۔ ابتدائی درجوں میں' اگر قصی حلمیتی عضلہ تنہا ماؤف ہو' تو شوکی معین عصب کو قطع کرنے سے تسکین حاصل ہو سکتی ہے' اور گاہے یہ مستقل ہوتی ہے' لیکن بالعموم تشنج دوسرے عضلات میں عود کر آتا ہے۔ فارسٹر (Fœrster) باشندہ برسلاؤ (Breslau) نے بالائی تین یا چار عنقی عصبی جڑوں' مقدم اور موخر دونوں کو کاٹنے سے کامیابی کا ادعا کیا ہے' لیکن اب تک اس عملیہ کو عام قبولیت حاصل نہیں ہوئی۔ معلوم ہوتا ہے کہ اس مرض کا انحصار بلند تر عصبی مراکز پر ہوتا ہے' جن کا تشنج پیدا کرنے کا رجحان بالعموم ضرور ظاہر ہو کر رہتا ہے خواہ محیط پر تسبد دہی کیوں نہ ہو۔

ذہنی تکان اور تشویش کے اثر سے علامات ہمیشہ خراب تر ہو جاتی ہیں۔ لہٰذا ممکن ہے کہ آرام اور نفسیاتی علاج کے ذریعہ ان میں اصلاح ہو سکے۔

اعتقال کاتبین اور مماثل عصابیتیں

(writers' cramp and allied neuroses)

ان اشخاص کو جن کے پیشہ میں عرصۂ دراز تک پیچیدہ حرکات ضروری ہوتی ہیں (جیسے کہ محرر' پیانو نواز' رباب نواز' کارکنانِ تار برقی' سگریٹ ساز وغیرہ) کام کرتے وقت متعلقہ عضلات کے تشنجدار اور بے قاعدہ انقباضات

ہو سکتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ حرکت بُری طرح عمل میں آتی ہے اور آخر کا مطلق انجام نہیں دیجا سکتی۔ ممکن ہے کہ اس کا سبب محرّک کوئی مخصوص ذہنی حالت، ذہنی تشویش، یا کاروباری پریشانی ہو۔ یا کوئی تضرر یا ہاتھ یا اُنگلیوں کا مقامی مرض۔ لیکن سب سے بڑا سبب متعلقہ پیشہ میں ہاتھ کا حد سے زائد استعمال ہے۔

یہ مرض اُن لوگوں میں سب سے زیادہ عام ہے جنھیں روزانہ پیشہ کے طور پر بہت زیادہ لکھنا پڑتا ہے، جیسے کہ قانون پیشہ اصحاب کے محرّروں، معتمدین وغیرہ میں۔ اسی واسطے اس کے لئے اعتقال کاتبین (writers' cramp) شلل محرّرین (scriveners' palsy)، تشنج ترسیمی (graphospasm) اور عسر کتابت (mogigraphia) کے نام اور فنی اصطلاحیں استعمال کی گئی ہیں۔ یہ قسم قدرتی طور پر عورتوں کے نسبت مردوں میں زیادہ کثیر الوقوع ہے، اور بیشتر بیس اور چالیس کی عمروں کے درمیان ہوا کرتی ہے۔ گاورس (Gowers) نے بتلایا ہے کہ لکھنے کے فعل میں قلم کو کاغذ پر چار مختلف طریقوں سے حرکت دی جا سکتی ہے:- (۱) چھنگلی اُنگلی کاغذ پر جمائی جاتی ہے اور اِس اُنگلی کو ایک قطبیہ کے طور پر استعمال کر کے اُن اُنگلیوں سے جو قلم کی حامل ہیں کام لیا جاتا ہے۔ (۲) کلائی جمائی جاتی ہے اور ایک قطبیہ کا کام دیتی ہے۔ (۳) قطبیہ پیش بازو کے مرکز میں ہوتا ہے اور شاید میز یا ڈیسک کی کور کے سہارے سے رہتا ہے۔ (۴) تمام حرکات شانے سے صادر ہوتی ہیں۔ پہلے طریقہ میں اُنگلیوں کی حرکات نہایت پیچیدہ ہوتی ہیں اور زور لگانے کے بعد صادر ہوتی ہیں، اور آخری طریقے میں ممکن ہے کہ اُنگلیوں کی حرکات مطلقاً نہ ہوں۔ گاورز کا بیان ہے کہ اعتقالِ کاتبین میں وہ اشخاص شاذ و نادر ہی مبتلا ہوتے ہیں جو لکھنے میں آخری دو طریقوں سے کام لیتے ہیں۔

امراضیات۔ اِس عارضہ کا سبب بالکل مبہم ہے۔ ایک ممکن توجیہ یہ ہو سکتی ہے کہ جو مراکز فعل تحریر کے لئے مؤتلف ہیں ان میں یہ نقص واقع ہو جاتا ہے کہ ان کے درمیانی اِلتقائی تعلقات کی مزاحمت میں مرضی کمی واقع ہو جاتی ہے، چنانچہ صدمات کا اشعاع واقع ہوتا ہے، اور وہ عضلات بھی جو فعل تحریر میں

لازماً عامل نہیں ہوتے، حد سے زیادہ فعل کرنے لگتے ہیں۔

علامات۔ یہ عارضہ عموماً تدریجی طور پر پیدا ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ ابتداءً یہ کسیقدر درد مستمر یا کشیدگی کے طور پر محسوس ہو، جس میں لکھنا موقوف کرنے سے تخفیف ہو جاتی ہے۔ کچھ عرصہ کے بعد لکھنے کے فعل کے ساتھ انگلی یا انگوٹھے میں جس میں قلم پکڑا ہے تشنجدار تعشی انقباض ہونے لگتا ہے۔ انگلی قلم پر زور سے دبائی جاتی ہے، یا وہ خم کر لی جاتی ہے تاکہ قلم اوپر کو ہٹالی جائے، یا انگلی قلم پر سے پھسل جاتی ہے اور قلم انگشت شہادت اور بیچ کی انگلی کے درمیان گرفت میں لے لی جاتی ہے۔ ممکن ہے کہ انگوٹھا بھی اسی طرح ماؤف ہو جائے، یا انگلیاں بسط ہو جائیں یا کاغذ پر سے اٹھ جائیں، یا قلم کاغذ کے اندر گھس جائے، یا ہاتھ کی حرکتیں قطعاً موقوف ہو جائیں۔ ان حالات میں لکھنا جاری رکھنے کی کوشش سے ایک کج پیچ بےقاعدہ نوکدار تحریر حاصل ہوتی ہے، جس میں نیچے کے شوشے موٹے موٹے ہوتے ہیں۔ کچھ عرصہ کے بعد تشنج اس قدر نمایاں ہو جاتا ہے کہ لکھنا غیر ممکن ہو جاتا ہے۔ یہ بینی ڈکٹ (Benedikt) کی تشنجدار (spasmodic) یا تشنجی (spastic) قسم ہے، جو نسبتہً عام ترین ہے۔ لیکن بعض اوقات انگلیوں میں رعشہ ہوتا ہے [رعشی (tremulous) قسم]۔ اور ایک شللی (paralytic) قسم بیان کی گئی ہے جس میں صرف تکان ہوتی ہے، لیکن یہ قسم بالکل شاذ ہے۔ تشنجی قسم، عضلات کے کثیر الوقوع انقباض سے، اکثر ہاتھوں اور کلائی میں درد پیدا کر دیتی ہے، جو ممکن ہے کہ کچھ عرصہ کے بعد صاف طور پر وجع العصبی نوعیت کا ہو جائے۔ اور ساتھ ہی اکثر کسیقدر جھنجھناہٹ یا سن پن کا احساس ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ تشنج قطعاً لکھنے کے فعل تک محدود ہو، اور دوسرے حرکات، نازک قسم تک کے، بلاکسی دقت کے انجام دیے جا سکیں۔ بعض اوقات اعتقال کاتبین کے ساتھ اسی شخص میں پیانو یا رباب بجاتے وقت تشنج ہو جاتا ہے، اور شدید اصابتوں میں یہ بھی شاذ نہیں کہ اس کے ساتھ ہی کوئی دوسرا عمل بھی ناقص طور پر انجام دیا جا سکے۔

عضلی طاقت خوب برقرار رہتی ہے۔ لاغری، حسی فقدان یا معکوسات کا

اختلال بالکل نہیں ہوتا۔

مرض کا مَمر تغیر پذیر ہوتا ہے۔ خفیف اصابتوں میں جن کا علاج لکھنے سے قطعی پرہیز کرکے فی الفور کیا جائے، ممکن ہے کہ مریض کو پورا آرام ہو جائے۔ لیکن اگر اُسنے اپنا ہاتھ دوسرے ہاتھ سے یا میکانی ترکیبوں کی مدد سے جماکر لکھنا جاری رکھا ہے، اور ہر قسم کے علاج سے روگردانی کی ہے تو مرض اکثر بالکل عسیر العلاج ہو جاتا ہے اور ممکن ہے کہ اِس سے کلی صحت یابی کبھی نہ ہو۔

تشخیص عموماً دشوار نہیں ہوتی۔ کم از کم اِس کا امکان نہیں کہ اعتقالِ کاتبین کو غلطی سے کوئی اور چیز سمجھ لیا جائے، لیکن یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ یہ ممکن ہے کہ بعض عصبی امراض، جیسے کہ داء الرقص (chorea) ، فالج نصفی (hemiplegia) اور دوسرے شلل جن میں ہاتھ کی قوت ماؤف ہوتی ہے، سب سے پہلے لکھنے کی کوشش کرنے میں ہی نظر آئیں اور غلطی سے اعتقالِ کاتبین سمجھ لئے جائیں۔ نیز ممکن ہے 754 کہ معصوب اشخاص، جنھیں اِس مرض کے متعلق کسیقدر واقفیت حاصل ہو گئی ہو، بہ آسانی یہ گمان کریں کہ تھوڑی سی تکان ہی اِس مرض کا آغاز ہے۔

علاج۔ سب سے پہلی ضروری چیز یہ ہے کہ لکھنا قطعاً موقوف کر دیا جائے۔ خفیف اصابتوں میں بعض اوقات صرف یہی ایک یا دو مہینوں میں صحتیابی کے لئے کافی ہے۔ گاورس (Gowers) نے اِس امر پر اصرار کیا ہے کہ لکھنا پھر شروع کرنے پر مریض کو قطعاً سٹانے سے ہی لکھنا سکھنا چاہیئے۔ نسبتہً زیادہ شدید اصابتوں میں نسبتہً بہت زیادہ طویل آرام کی ضرورت ہے، اور اگر مریض کے لئے لکھنا ضروری ہی ہو تو اُسے بائیں ہاتھ سے لکھنا سکھنا چاہیئے یا ایک ٹائپ رائٹر استعمال کیا جائے۔ کبھی کبھی (گو کسیطرح ہمیشہ نہیں) جدید تربیت یافتہ بایاں ہاتھ بھی ماؤف ہو جاتا ہے۔ انگلیوں کے عضلات پر بار نہ پڑنے پائے اِس غرض سے خود مریضوں نے مختلف ترکیبیں ایجاد کر لی ہیں یا ان سے کام نکالا ہے، مثلاً قلم میں کاگ پہنا لیا جاتا ہے تاکہ نسبتہً بڑی گرفت حاصل ہو، یا ہاتھ میں ایک چوبی گولہ پکڑ لیا جاتا ہے، جس پر قلم کو مطلوبہ زاویہ پر لگا دیا جاتا ہے۔ نوسابام (Nussabaum) کے کنگن کے ساتھ قلم لگی ہوئی ہوتی ہے، اور یہ کنگن انگلیوں کے

گرد ہوتا ہے تاکہ وہ اُن عضلات سے جو عموماً لکھنے میں استعمال کئے جاتے ہیں مختلف عضلات (عضلات بعیدہ) کے ذریعہ قلم کو پکڑ یں۔ لیکن بالعموم اِن آلات سے محض اس وقت میں اور تاخیر ہو جاتی ہے جب کہ کامل آرام لینا چاہیئے۔ عصب اور عضلہ کا طبعی فعل پھر بحال ہو جائے اِس غرض سے عام مقویات جیسے کہ حدید، کونین، سنکھیا اور اِسٹرکنیا (strychnia) اور مقامی علاج، جمناسٹک ورزشوں، مجہول دستی ورزیوں اور دلک کا استعمال کرنا چاہیئے۔

دوسری حرفتی عصبانیتوں کا علاج بہ لحاظ اصول ویسا ہی ہونا چاہیئے جیسا کہ اعتقال کاتبین کے لئے بیان کیا گیا ہے۔

وجع العصب

(NEURALGIA)

یہ اصطلاح بعض اوقات اُس درد کے لئے استعمال کیجاتی ہے جو کسی خاص عصب اور اُس کی شاخوں کے ممر میں محسوس ہوتا ہے، اور جس کے لئے کوئی عضوی سبب نہیں پایا جاتا۔ اسیواسطے اُسے ایک مرض کہنے کے بجائے ایک علامت کے طور پر بیان کیا جاتا ہے۔ اِس طرح کی توزیع رکھنے والا درد اسباب ذیل کی وجہ سے ہو سکتا ہے:- (۱) بدن کے کسی ایسے حصے کا مرض جس میں عصب زیر بحث سے رسد پہنچتی ہو، اور یہ درد گویا اُس عصب کی ساری توزیع میں معکوس ہوتا ہے۔ (۲) ایسا مرض جو محیطی اعصاب، یا پچھلی عصبی جڑوں، یا گاہے گاہے نخاع کے رمادی مادے میں کے عصبی ریشوں کو ماؤف کرتا ہو۔ (۳) کسی ایسے اندرونی عضو کا مرض جس کی حسی عصبی رسد نخاع کے اُس فلقہ سے آتی ہو جو درد کی اوپری توزیع سے تناظر ہو۔

پہلے سبب کی مثال میں سہ توامی توزیع کا وہ درد بیان کیا جا سکتا ہے جو ایک ملتہب دانت سے پیدا ہو جائے۔ دوسرے سبب کی مثال بین الاضلاع توزیع کے اس درد سے ملتی ہے جو عمود الفقرات کی درنی بوسیدگی کی وجہ سے

پچھلی عصبی جڑ پر دباؤ ہونے کے باعث ہوتا ہے۔ تیسرے سبب کی مثال وہ درد ہے جو ذبحہ (angina) کی حالت میں بائیں بازو کے زندی کنارے پر محسوس ہوتا ہے۔

وجع العصبی دردوں کا ایک عام سبب وہ مقامی عصبی التہاب (local neuritis) ہے جو ضربہ، تسمم یا سرایت کا نتیجہ ہوتا ہے۔ اِن اصابتوں میں ممکن ہے کہ متعلقہ عصب کے حقیقی مرض کی کوئی مثبت دلالت (مثلاً عضلی لاغری یا سن پن) موجود نہ ہو۔ تاہم عموماً اُن مقامات پر جہاں عصب ہڈی کے مقابل واقع ہوتا ہے، دبانے سے الیمیت موجود ہوتی ہے، اور بعض اصابتوں میں معین امارات کے وقوع، مثلاً عرق النسا (sciatica) میں گھٹنے کے جھٹکے کے فقدان سے اِس امر کا نہایت اغلب گمان ہوتا ہے کہ دوسرے وجع العصبی درد بھی ایک مقامی عصبی التہاب کے باعث ہوتے ہیں۔ یہ پہلے ہی بیان کئے گئے ہیں۔ لیکن وجع العصب کی ایک قسم ایسی ہے جو بوجہ اپنے ممیز خصائص کے جداگانہ بیان کی مستحق ہے۔

سہ توأمی وجع العصب

(trigeminal neuralgia،

[سہ وجہی وجع العصب = trifacial neuralgia،

قلص مولم = tic doloureux]

اِس عارضہ میں دوری درد کے متوالی حملے ہوتے ہیں، جو عصب پنجم کی ایک یا زائد شاخوں کی توزیع کی طرف محول ہوتا ہے۔ بیشتر اوقات یہ اُس رقبہ میں شروع ہوتے ہیں جسے عصب کے دوسرے حصے سے رسد پہنچتی ہے، اور نسبتہً کمتر صورتوں میں اُس رقبہ سے شروع ہوتے ہیں جسے تیسرے حصے سے رسد پہنچتی ہے۔ پہلا یا عینی حصہ شاذ ہی ماؤف ہوتا ہے، اور یہ بھی اُس وقت ہوتا ہے جب کہ دوسرے حصے کا وجع العصب بھی موجود ہو۔ چند اصابتوں میں ممکن ہے کہ اس عصب کے تینوں حصے ایک ساتھ ماؤف ہوں۔ یہ مرض بالغ زندگی کے
755 ہر زمانہ میں واقع ہو سکتا ہے، مگر تقریباً پچاس سال کی عمر میں سب سے زیادہ عام

ہوتا ہے۔ مردوں کے نسبت عورتیں زیادہ اکثر مبتلا ہوتی ہیں۔ حقیقی سہ توأمی وجع العصب کی تسبیب اور امراضیات بحالتِ موجودہ مبہم ہیں۔ دندانی عفونت سے اس کا راست تعلق نہیں پایا جاتا' اور یہ اُن اشخاص میں ہو سکتا ہے جو سالہا سال سے دانت نہیں رکھتے۔ عصب پنجم کی شاخوں میں یا عقدۂ گیسیر (Gasserian ganglion) میں کوئی مستقل تغیرات نہیں پائے جاتے۔ تاہم جس تواتر کے ساتھ دوسرا اور تیسرا حصہ اوّلی طور پر ماؤف ہوجاتا ہے' اُس سے اِس امر پر دلالت ہوتی ہے کہ یہ مرض اُن جراثیمی سمیات کے عمل کے باعث ہوتا ہے جو دانتوں اور ہوائی جوفوں کے عفن ماسکوں میں آغاز پذیر ہو کر گرد عصبی عروقِ لمفائیہ کی راہ سے عقدۂ گیسیر تک پہنچ جاتے ہیں۔

بالعموم ابتدائی دورے کا آغاز ناگہانی ہوتا ہے' اور ممکن ہے کہ دوسرا دورہ ہونے سے پہلے ہفتوں یا مہینوں کا وقفہ گذر جائے۔ لیکن یہ وقفے بتدریج کمتر اور دورے شدید تر ہوتے جاتے ہیں' یہاں تک کہ دن کے ہر چند دقیقوں کے بعد حملے ہونے سے مریض کی زندگی ناقابلِ برداشت ہوجاتی ہے۔ درد نہایت شدید ہوتا ہے' اور ممکن ہے کہ جب تک رہے مریض کو بالکل بے بس کردے۔ وہ سوزشی' وثابی' یا لرزتی ہوئی نوعیت کا ہوسکتا ہے' یا گالوں کے اندر سرخ گرم سوئیوں کے چبھنے کا احساس پیدا کرتا ہے۔ اُس کے ساتھ اکثر لعابِ دہن یا آنسو جاری ہوجاتے ہیں' اور ممکن ہے کہ رخسار تمتما اٹھیں۔ بالعموم دورہ مختصر عرصہ کا ہوتا ہے اور صرف چند دقیقوں تک جاری رہتا ہے۔ حملے کے دوران میں ماؤف رقبہ کی جلد اور مخاطی اغشیہ نہایت حساس ہوجاتی ہیں' اور ممکن ہے کہ گالوں پر سرد ہوا کے ایک جھونکے' یا خدّی مخاطی غشا پر غذا کے تماس' بلکہ بولنے میں حرکت ہونے تک سے اور دورہ شروع ہو جائے۔ لیکن سکونی وقفوں میں بلکہ دوروں کی توالی کے درمیان مختصر فترات تک میں درد یا الیمیت قطعاً مفقود ہوتی ہے۔

درد کے دوروں کے علاوہ عصب پنجم کے افعال میں خرابی کی اور کوئی امارت نہیں ہوتی۔ قرنیہ کا معکوسہ طبعی ہوتا ہے۔ جلدی حس پذیری محفوظ رہتی

مضغ کے عضلات کی کمزوری یا لاغری نہیں ہوتی حقیقی سہ توأمی وجع العصب کی تشخیص ان واقعات کی بنا پر اس جلی عضوی مرض (آتشک یا رسولی) سے کی جاسکتی ہے جو عقدۂ گیسر یا اُسکی شاخوں کو ماؤف کرتا ہو۔

علاج۔ دوائیں بہت کم مفید یا بالکل بیکار ہیں۔ صبغۂ جلسیمیم (tincture of gelsemium) بڑی معتادوں میں برومائڈ کے ساتھ آزمایا جاسکتا ہے۔ چہرے کی ماؤف جانب کو کسی شال یا دوسرے کپڑے کے ذریعہ سردی سے محفوظ رکھنے کا فائدہ عموماً مریضہ خود محسوس کریگی، اور بولنے کے بجائے لکھنے سے کام نکالنے سے اور مقابل گوشۂ دہن میں ایک تنکا لگاکر اس کے ذریعہ سے غذا لینے سے وہ دوروں کو روک سکیگی۔ ماہر ہاتھوں میں عصبی جڑوں کے اندر الکحل کے اشراب سے اچھے نتائج حاصل ہوئے ہیں۔ اس طریقہ سے دوسرے اور تیسرے حصوں دونوں میں یہ عمل کیا جاسکتا ہے، اور دوسرا اشراب پھر استعمال کرنے سے پہلے اکثر ایک سال تک آرام وسکون حاصل کیا جاسکتا ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ کچھ عرصہ کے بعد یہ طریقہ آرام دینے میں ناکام رہے، اور کوئی دوسری زیادہ شدید کارروائی ضروری ہو۔ ان میں سب سے زیادہ تشفی بخش عصب پنجم کی حسی جڑ کو عقدۂ گیسر اور جسر کے درمیان قطع کردینا ہے۔ اس میں ایک کسیقدر بڑے جراحی عملیہ کی ضرورت ہوتی ہے، مگر یہ متبادل عمل کی نسبت زیادہ یقینی کارروائی ہے، اور وہ یہ ہے کہ سوراخ بیضوی (foramen ovale) کی راہ سے عقدۂ گیسر میں الکحل کا اشراب کیا جائے۔ ان دونوں کارروائیوں میں یہ نقصان ہے کہ آنکھ میں پرورشی تغیرات واقع ہوکر ازاں بعد نابینائی کا بڑا خطرہ ہوتا ہے لیکن بیشتر مریض درد سہنا جاری رکھنے کے بجائے اس خطرہ کو خوشی کیساتھ منظور کریں گے۔

امراض عضلات

(DISEASES OF MUSCLES)

التہاب لیفی کو مزمن رثیتی امراض کے زمرہ میں بیان کیا گیا ہے۔

عضلی ذبول

(muscular atrophy)

(ذبول عضلہ =amyotrophy)

عضلی بافت کا ذبول مختلف حالات کے تحت واقع ہوتا ہے، اور اس کی تقسیم سادہ ذبول اور انحطاطی ذبول میں کی گئی ہے۔ اول الذکر میں عضلی
ریشک جسامت میں کم ہو جاتے ہیں، اور آخر الذکر میں وہ تعداد میں بھی کم ہو جاتے 756
ہیں۔ یہ دونوں حالتیں اپنے مبداء میں بالکل ہی مختلف نہیں ہوتیں، یعنے ممکن ہے کہ وہی سبب ایک حالت میں پہلی چیز پیدا کر دے، اور زیادہ عرصہ تک یا زیادہ حاد طور پر عامل ہو کر دوسری اور زیادہ شدید شکل پیدا کر دے۔

سادہ ذبول خاص طور پر حاد یا طویل مرض کے بعد، فاقہ کشی کسی قسم کے تسمم، اور مقامی طور پر عدم استعمال کے نتیجہ کے طور پر، اور دماغی اضرار میں شلل کے باعث دیکھا جاتا ہے۔

مفصلی التہاب (arthritis) کی مختلف قسموں، حاد اور مزمن رثیت، اور سوزاکی زلالی التہاب کے ساتھ اکثر اوقات متعلقہ عضلات کا ذبول پایا جاتا ہے۔ اور یہ سادہ یا انحطاطی ہو سکتا ہے۔ خفیف ترین درجوں میں ہر ایک مفصل کی حالت میں صرف ایک عضلہ ماؤف ہوتا ہے۔ یہ شانے کے مفصل کے لئے عضلۂ دالیہ (deltoid)، کہنی کے لئے عضلہ مثلث الرؤس (triceps)، کولہے کے لئے عضلۂ الویہ کبیرہ (gluteus maximus)، گھٹنے کے لئے عضلۂ باسط ساقیہ (extensor cruris)، قصی ترقوی مفصل کے لئے عضلۂ صدریہ کبیرہ (pectoralis major)، اور ہاتھ کے انگوٹھے کے بعد رسغی سلامی مفصل (metacarpo-phalangeal joint) کے لئے خم کن قصیرہ (flexor brevis) ہوتے ہیں۔ اعلیٰ تر درجہ کے عضلی ذبول میں مفصل سے تعلق رکھنے والے تمام عضلات لاغر ہو جاتے ہیں، اور نہایت شدید شکلوں میں ممکن ہے کہ مفصل سے دور افتادہ عضلات بھی ماؤف ہو جائیں، مثلاً

عضلی ذبول کا سبب اب تک مبہم ہے، مگر بعض وجوہ کی بنا پر یہ خیال ہو سکتا ہے کہ مفصلی التہاب سے اگلے رمادی قرنوں کے اضرار پیدا ہوجاتے ہیں، اور یہ کہ یہی عضلی لاغری پیدا کر دیتے ہیں (Klippel and Weil)۔ اسی واسطے یہ داء النخاعی گروہ میں شمار کیا جائے گا۔

انحطاطی قسم نخاع اور اعصاب کے متعدد اضرار میں نہایت نمایاں شکل میں دیکھی جاتی ہے جو اسفل عصبیہ کو کسی نہ کسی حصہ میں ماؤف کر کے محیط میں انحطاطِ والر (Wallerian degeneration) پیدا کر دیتے ہیں۔ یہ داء النخاعی اور داء العصبی شکلیں پہلے بیان کی گئی ہیں (ملاحظہ ہو کثیر عصبی التہاب: multiple neuritis، مترقی عضلی ذبول: progressive muscular atrophy، حاد رمادی نخاعی التہاب: acute poliomyelitis؛ وغیرہ)۔

مترقی عضلی سوءِ تغذیہ

(progressive muscular dystrophy)

(myopathy = مرض العضلہ)

یہ وہ حالت ہے جس میں کسی مقامی یا بینی سبب کی غیر موجودگی میں، اور عصبی نظام کے مرض کے سریری یا امراضیاتی ظہور کے بغیر، کالبدی عضلات کی مترقی کمزوری اور لاغری پیدا ہوجاتی ہے۔

بحثِ اسباب۔ اس کا سبب نامعلوم ہے، لیکن مرض کا انحصار غالباً عضلی ریشوں کی کسی پیدائشی غیر طبعی حالت پر ہوتا ہے۔ یہ عام طور پر اسی خاندان کے متعدد اراکین میں ہوتا ہے، اور عموماً عورتوں کی وساطت سے ایک نسل سے دوسری نسل میں منتقل ہو سکتا ہے۔ کاذب بیش پرورشی شکل کی حالت کے سوائے، جو مردوں میں زیادہ عام ہے، یہ دونوں صنفوں کو مساوی طور پر ماؤف کرتا ہے۔ بالعموم ابتدائی علامات بچپن میں، اور تقریباً ہمیشہ ریعان کی تکمیل سے پہلے، نمودار ہوتی ہیں۔

امراضیات۔ یہ تغیرات مخطط عضلات میں محدود ہوتے ہیں، جن میں ابتدائی ترین تغیرات ریشوں کی بیش پرورش اور ازاں بعد انحطاط، نحم غلافوں کے

نواتوں کی تعداد میں بڑی زیادتی اور بین رخنگی بافت کے اندر چربی کا جماؤ ہیں۔ حرکی اعصاب اور منتہائی صحفے سالم رہتے ہیں۔

علامات۔ اس مرض کی متعدد سریری قسمیں ہوتی ہیں جو ابھی بیان کی جائیں گی۔ ان تمام قسموں کے مشترک خصائص یہ ہیں کہ آغاز مرض ابتدائی عمر میں ہوتا ہے اور بعض عضلی گروہوں کی مترقی کمزوری ہوتی ہے۔ اس کے ساتھ ممکن ہے کہ ذبول یا کاذب ذبول بھی ہو، لیکن اس قسم کے صریح تغیرات ہونے سے پہلے عضلات میں کمزوری محسوس ہوتی ہے، اور والدین کی توجہ اس حالت کے طرف عموماً اس طرح مبذول ہوتی ہے کہ بچہ بعض حرکات کے انجام دینے (مثلاً چلنے یا زینہ چڑھنے) میں بے ڈھنگاپن ظاہر کرتا ہے، یا گر جانے کا رجحان رکھتا ہے یا گرنے کے بعد پھر کھڑی وضع میں ہونے میں دقت محسوس کرتا ہے۔ بچہ اس کمزوری کی تعویض عضلی ہم آہنگی کے نئے نئے طریقوں کے اکتساب سے کرتا ہے، اور ممکن ہے کہ اس کا نتیجہ یہ ہو کہ اس کی رفتار اور وضع میں بعض مخصوص خصائص پیدا ہوجائیں جو کسیقدر ممیز ہوتے ہیں۔ مریض کی چال بطخ کی طرح ہوتی ہے، پاؤں چوڑے چوڑے پڑتے ہیں، اور وہ ہر قدم کے ساتھ جسم کو ایک جانب سی
دوسری جانب کے طرف لیجاتا ہے۔ چال میں مزید ترمیم پاؤں کے پنجوں پر 757
چلنے کے رجحان کی وجہ سے ہوجاتی ہے۔ یہ رجحان پنڈلیوں کے مرضی عضلات کے تقصّر سے اور اس کے باعث پیدا ہوجانے والی ترمیم شدہ کج پائی کی وجہ سے پیدا ہوجاتا ہے۔ کھڑے رہنے میں بھی توازن قایم رکھنے کی غرض سے ٹانگیں چوڑی کی جاتی ہیں، اور پشت فطاء کی وضع اختیار کرلیتی ہے، یعنے ایسا انحنا یا خمیدگی پیدا ہوجاتی ہے جس میں پیچھے کے طرف ایک عمیق قطنی انقعار ہوتا ہے۔ یہ اس وجہ سے ہوتا ہے کہ عضلات آلویہ اور کولھے کے عضلات باسطہ کی کمزوری حوض کو سامنے کے طرف گرنے دیتی ہے، اور پھر جسم کا توازن صرف اس طرح قائم رہ سکتا ہے کہ کندھے پیچھے کے طرف گرجائیں، چنانچہ وہ خط جو ان سے نیچے کو کھینچا جائے عجز سے بھی پیچھے گرتا ہے۔ دوسرا ممیز خاصہ وہ طریقہ ہے جس سے مریض زمین پر بیٹھی ہوئی وضع میں سے اٹھ کر کھڑا ہوتا ہے۔ وہ گھوم کر اپنے ہاتھوں اور گھٹنوں پر

ہو جاتا ہے اور اگر کوئی کرسی قریب ہو تو اُس کے ذریعہ خود کو اوپر کھینچ لیتا ہے ۔ لیکن اگر تنہا ہو تو گھٹنوں کو زمین سے اُٹھا کر اپنے ہاتھوں اور پاؤں کی انگلیوں کے بل ہو جاتا ہے ۔ پھر خود کو ایک جانب جھلا لیتا ہے اور مقابل ہاتھ متناظر گھٹنے پر رکھ کر اُس کے ذریعہ ٹانگ سیدھی کر لیتا ہے ۔ دوسرے ہاتھ اور گھٹنے سے بھی یہی ترکیب مکرر استعمال کرتا ہے، چنانچہ ٹانگوں کو ایک دوسری سے چوڑا کر کے اور ہر گھٹنے پر ایک ایک ہاتھ رکھ کر اب وہ کھڑا ہو جاتا ہے ۔ پھر بڑی کوشش کیساتھ ہاتھوں کو جانگوں سے زیادہ زیادہ اوپر لاتے ہوئے، پشت بتدریج سیدھی کر لی جاتی ہے ۔

شو کی عضلات کی کمزوری بھی اِس امر سے ظاہر ہوتی ہے کہ مریض فرش پر سے کوئی شئے اُٹھا نہیں سکتا، اور اگر وہ بیٹھا ہوا ہے اور آگے کی طرف بہت زیادہ جھکتا ہے تو جسم آگے کی طرف گر جاتا ہے ۔ مزید برآں زینہ چڑھنے میں بہت مشکل پیش آتی ہے، جس کی وجہ سے کٹہرے سے مدد لینی پڑتی ہے ۔

ابتداءً ماؤف عضلات کی برقی حالت زیادہ تبدیل نہیں ہوتی ۔ لیکن جب وہ نہایت کمزور ہو جاتے ہیں تو فرادی اور گیلوانی دونوں قسم کی برق کی تجیبیت میں کمی ہو جاتی ہے ۔ انحطاطی تعامل نہیں واقع ہوتا، اور ریشکی جھٹکے جیسے کہ اگلے قرن کے خلیوں کے انحطاط کی حالت میں دیکھے جاتے ہیں، نہیں ہوتے ۔ کچھ عرصہ کے بعد وتری جھٹکے کم ہو جاتے ہیں، اور زیادہ بڑھی ہوئی اصابتوں میں مفقود ہو جاتے ہیں ۔

عصبی نظام، اِس کے علاوہ، طبعی ہوتا ہے ۔ احساس ماؤف نہیں ہوتا ۔ مثانہ صرف کبھی کبھی اخیر میں ماؤف ہوتا ہے ۔ ذہنی وظائف زیادہ تر خراب نہیں ہوتے ۔

علامات ۔ ابتداءً نمویاب ہونے کے بعد ممکن ہے کہ مرض دو یا تین سال تک ٹھہری ہوئی حالت میں رہے، لیکن مریض کی ٹانگیں بتدریج زیادہ زیادہ کمزور ہوتی جاتی ہیں، کیفیت عضلات میں تقبّض پیدا کر دیتی ہے، کھڑے رہنے کی قوت مفقود ہو جاتی ہے اور مریض کو بستر میں پڑا رہنا پڑتا ہے ۔ بالآخر

اصابتوں کی اکثریت میں بلوغ کے قریب کسی بین رو مرض، مثلاً التہاب شُش یا کسی حاد ساری مرض کے پیدا ہو جانے کی وجہ سے موت واقع ہو جاتی ہے۔ لیکن اُن مریضوں میں جنھیں نموء مرض آہستہ آہستہ ہوا ہے ممکن ہے کہ یہ مہلک اختتام اتنی ہی تاخیر کے ساتھ واقع ہو۔

مندرجہ ذیل سربری قسمیں علیحدہ کی گئی ہیں۔ لیکن یاد رکھنا چاہیئے کہ مخلوط یا برزخی قسمیں بھی دیکھی جاتی ہیں اور تمام قسموں کے درمیان ایک قوی خاندانی مشابہت پائی جاتی ہے۔

کاذب بیش پرورشی

قسم (pseudo-hypertrophic type) ۔ یہ خاص کر مردوں میں ہوا کرتی ہے۔ اس کے علامات بچپن میں جلد ہی شروع ہو جاتے ہیں، اور وہی ہوتے ہیں جو نطاق حوض (pelvic girdle) کے عضلات کی کمزوری کے ساتھ پائے جاتے ہیں، یعنے قطاء اور بطیخ چال، اور اُفقی وضع میں سے اُٹھنے کی دقت۔ بیش پرورشی بعض عضلات کو خاص طور پر متاثر کرتی ہے، بالخصوص پنڈلیوں کو اور عضلۂ دالیہ (deltoid)، عضلۂ ذو راسین عضدیہ (bicep brachii)، عضلات تحت الشوکی (infra-spinati)، عضلات ناصب الشوکہ (erectores spini)، عضلات الویہ (glutei)، اور عضلات واسعہ (vasti) کو۔ بالعموم بیش پروردہ عضلات انگلیوں کو سخت اور لیفی محسوس



تصویر ۲۳۹۔ ایک لڑکے کی تصویر جو عضلی سوء تغذیہ کی کاذب بیش پرورشی قسم میں مبتلا ہے۔

758

ہوتے ہیں، اور باوجود اپنی بڑی جسامت کے نہایت کمزور ہوتے ہیں۔ بیش پرورش ابتدائی درجوں میں بالکل عام طور پر عضلہ کے ایک حصہ میں محدود ہوتی ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اُس کے جرم میں سلعہ نما تودے نمودار ہو جاتے ہیں۔ پنڈلی کے عضلات کی کیفیت سے اکثر نسبتہً ابتدائی درجہ میں ہی تقبض ہو کر فرسی کج پائی (talipes equinus) پیدا ہو جاتی ہے (ملاحظہ ہو تصویر ۹۲)، اور پھر مریض کے صاحب فراش ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ اِس قسم کے مرض میں وجہی عضلات ماؤف نہیں ہوتے، لیکن کبھی کبھی عضلاتِ مضغیہ (masseters) بیش پرورشی ہو جاتے ہیں۔

کتفی ذراعیتی قسم (scapulo-humeral type)۔

اِس قسم میں، جو دونوں صنفوں کو مساوی طور پر ماؤف کرتی اور پہلے بیان کی ہوئی قسم کے نسبت بچپن میں زیادہ دیر سے شروع ہوتی ہے، کمزوری اور لاغری کتفی نطاق (shoulder girdle) کے عضلات میں شروع ہوتی ہے جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ کتفی ہڈیاں پر جیسی اُبھر آتی ہیں اور شانے جُھک جاتے ہیں۔ مفصلِ شانہ کے گرد کے عضلات کی رَخوت کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اگر مریض کو ہر بغل کے نیچے ہاتھ رکھ کر اُٹھایا جائے تو وہ ایک کسیقدر ممیز طریقہ سے ہمارے ہاتھوں میں سے نکل جانے کا رجحان ظاہر کرتا ہے۔ بعد میں کمزوری اور لاغری نطاق حوض کے عضلات کو بھی ماؤف کر کے رفتار اور وضع کی وہ بیقاعدگیاں پیدا کر دیتی ہیں جن کا پہلے تذکرہ کیا گیا ہے۔ مرض کی اس قسم میں بیش پرورش نہیں ہوتی۔

وجہی کتفی ذراعیتی قسم (facio-scapulo-humeral type)۔

(Landouzy-Dejerine)۔ یہ مندرجۂ بالا قسم سے قریبی مشابہت رکھتی ہے، باستثنائے وجہی عضلات کی ماؤفیت کے، جو اِس قسم کا ایک مستقل اور بالعموم ابتدائی خاصہ ہے۔ اِس میں عضلاتِ محیطۃ الاجفان (orbiculares palpebrum) اور محیطۃ الفم (orbiculares oris) خاص طور پر ماؤف ہوا کرتے ہیں۔ جب مریض کو اپنی آنکھیں بند کرنے کی ہدایت کی جاتی ہے، تو پپوٹوں کے درمیان ایک فصل باقی رہ جاتا ہے، جس سے اُس کا بشرہ عجیب و غریب اور قریب قریب

جیسی ہو جاتا ہے۔ لبوں کی کمزوری سے ایسے حرکات' جیسے کہ چوسنے' تھوکنے یا سیٹی بجانے میں دقت ہوتی ہے اور چہرے کے خد و خال میں جذباتی اظہار ممیز طور پر مفقود ہوتا ہے۔

اس قسم میں مرض کی رفتار اکثر نہایت سُست ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ کمزوری کچھ عرصہ تک وجہی عضلی نظام تک محدود ہو۔ کتفی نطاق جلد یا بدیر ماؤف ہو جاتا ہے اور حوضی نطاق صرف آخری درجوں میں ماؤف ہوتا ہے۔

بُعدی قسم (distal type)۔ یہ کسی قدر عضلی ذبول کی شنظوی قسم (peroneal form) سے مشابہ ہوتی ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 685)' اِس امر میں کہ لاغری پاؤں اور ہاتھوں کے چھوٹے عضلات میں شروع ہوتی ہے اور بتدریج ترقی کر کے اُن عضلی گروہوں کو ماؤف کرتی ہے جو دھڑ سے قریب تر ہوتے ہیں۔ سریری طور پر ذبول کی شنظوی قسم سے اس کی تمیز وجہی عضلی نظام کی ماؤفیت کی وجہ سے' اور ساتھ ہی ماؤف عضلات میں ریشکی جھٹکوں کی غیر موجودگی کے باعث' اور امراضیاتی لحاظ سے اُن نخاعی تغیّرات کی کامل غیر موجودگی کے باعث کی جا سکتی ہے جو دوسری قسم میں ممیز ہوتے ہیں۔

تشخیص۔ خاندانی اور موروثی حدوثِ مرض' حملۂ مرض ابتدائی عمر میں ہونا' اور سُست رفتاری کے ساتھ ترقی پذیر ہونا تشخیص کو نسبتًہ آسان کر دیتے ہیں۔ عضلی امراض کو اُس ذبول سے تمیز کرنے میں جو اگلے قرن کے خلیوں کے انحطاط کے باعث واقع ہو جاتا ہے' ریشکی رعشوں کی غیر موجودگی ایک اہم نکتہ ہے۔ مقدم نخاعی رمادی التہاب (anterior poliomyelitis) میں شلل کی ٹھہری ہوئی نوعیت اور ناگہانی آغاز اِس مرض کو ممیز کرنے میں کار آمد ہیں۔

انذار۔ انذار اُن اصابتوں میں نسبتًہ زیادہ مخدوش ہوتا ہے جو جلد شروع ہو کر بہ سرعت ترقی کرتی ہیں۔ ترقیٔ مرض اُن اصابتوں میں سُست ہوتی ہے جن میں وجہی عضلات ابتداءً ماؤف ہوتے ہیں۔ کاذب بیش پرورشی قسم میں تقبضات پیدا ہو جانے کی وجہ سے نسبتًہ ابتدائی درجہ ہی میں مریض کے بستہ میں فریش ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔ تاہم مریضوں کی کچھ تعداد ایسی ہوتی ہے

جن میں ترقی مرض اس قدر سست ہوتی ہے کہ وہ آزادانہ زندگی بسر کر سکتے، شادی کر سکتے اور اپنے بچوں کے لئے کسب معاش کر سکتے ہیں۔ صحت یابی کبھی نہیں ہوتی۔

علاج سے زیادہ سے زیادہ یہ ہو سکتا ہے کہ مرض کی ترقی چند مہینے یا چند سال تک رُک جاتی ہے۔ دواؤں کا غالباً کچھ اثر نہیں ہوتا، اور برق کا اثر اگر کچھ ہوتا بھی ہے تو بہت کم۔ حال ہی میں یہ پایا گیا ہے کہ گلائی سین (glycine) ۱ تا ۶ گرام کی معتاد میں روزانہ دو مرتبہ دینے سے اصلاح واقع
759 ہو سکتی ہے۔ غور کے ساتھ تجویز کی ہوئی جمناسٹک ورزشیں مفید ہوئی ہیں اور ممکن ہے کہ مسلنے، ڈلک، اور مجہول حرکتوں سے کچھ فائدہ ہو۔ جب عضلات بطنیہ ساقیہ (gastrocnemii) اس قدر کوتاہ ہو گئے ہوں کہ مریض کھڑا نہ رہ سکے، تو اوتار کو قطع کر دینا چاہیئے۔

مرض تھامسین

(Thomsen's disease)

(پیدائشی عضلی تنمیل گی = congenital myotonia)

یہ مرض عضلات کی ایک عجیب کرختگی پر مشتمل ہے، جو اُس وقت پیدا ہو جاتی ہے جب کہ کچھ عرصہ آرام کے بعد وہ ارادی صدمات سے انقباض کی حالت میں ہو جاتے ہیں۔ مثلاً اگر مریض چلنا چاہتا ہے اور اپنی نشست سے اُٹھنے کی کوشش کرتا ہے تو اُس کے عضلات کرخت ہو جاتے ہیں اور وہ حرکت نہیں کر سکتا۔ یہ کرختگی چند ثانیوں تک جاری رہ کر پھر ڈھیلی پڑ جاتی ہے اور بالآخر وہ اُٹھ سکتا ہے۔ اُس کے پہلے چند قدموں میں ویسی ہی دقت ہوتی ہے لیکن جلد ہی انقباضات زیادہ طبعی ہو جاتے ہیں، اور تھوڑی دیر میں یہ تکلیف بالکل موقوف ہو کر وہ پوری آزادی اور آسانی کے ساتھ چلنے لگتا ہے۔ لیکن اگر وہ ایک دقیقہ کے لئے ٹھہر جاتا ہے تو جب وہ پھر چلنا شروع کرتا ہے تو عضلات کرخت ہو جاتے ہیں۔ اِس طرح آرام کے بعد فوراً تیز حرکات ناممکن ہوتے ہیں اور بعض اوقات حادثے ہو جاتے ہیں، مثلاً جب مریض ریل سے اُتر رہا ہے اور

اُس نے اپنا ایک پاؤں زمین پر رکھ لیا ہے تو اُس کے بعد وہ اپنا دوسرا پاؤں جلد نہیں لاسکتا اور نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ گر جاتا ہے۔ بازوؤں کے عضلات کی ماؤفیت دستی کام کرنے والوں میں بڑی ناقابلیت پیدا کرسکتی ہے۔ ایک چیز کو مضبوط پکڑ لینے کے بعد، بالخصوص جب کہ یہ فعل دیر تک ہو، بعض اوقات مریض کئی دقیقوں تک اپنی گرفت ڈھیلی نہیں کرسکتا۔ معلوم ہوتا ہے کہ سردی اور جذ باتی بار سے کرختگی کا رجحان زیادہ ہوجاتا ہے۔ معائنہ کرنے پر بالعموم ماؤف عضلات میں کوئی غیر طبعی حالت نہیں پائی جاتی، نہ اُن کی طاقت کم ہوتی ہے۔ مگر راست میکانی تہییج پر اُن کی تحریک پذیری متغیر ہوتی ہے۔ جب عضلہ کے پیٹے پر ایک قرعی ہتھوڑی سے تھپکی لگائی جاتی ہے تو اِس سے جو انقباض پیدا ہوتا ہے وہ فوراً غائب ہوجانے کے بجائے کئی ثانیوں تک جاری رہتا ہے۔ یہ نام نہاد "عضلی تنشی تعامل" (myotonic reaction) تمام ماؤف عضلات میں ہمیشہ نہیں حاصل ہوسکتا، اور جس آسانی سے یہ ظاہر کیا جاسکتا ہے وہ وقتاً فوقتاً مختلف ہوتی ہے۔ قوی گیلوانی روؤں سے پیدا ہونے والا اجرائی انقباض اُن کے لگانے کے وقت سے بہت دیر بعد تک رہتا ہے، اور اگر اِس رَو کو مسلسل لگایا جائے تو انقباضات کا ایک سلسلہ زیر برقیرہ سے زبر برقیرہ تک ایک لہر کی مانند جاتا ہوا دیکھا گیا ہے۔ فرادیت پر تعاملات اکثر طبعی ہوتے ہیں، لیکن ممکن ہے کہ وہ قوت اور مدت میں مبالغہ کے ساتھ ہوں۔ یہ مرض اکثر نہایت طویل عرصہ تک جاری رہتا ہے، لیکن اس میں تخفیف بھی ممکن ہے۔

بحث اسباب۔ یہ اکثر اوائل زندگی میں ہوتا ہے، خاندان کے ایک سے زائد رکن کو مبتلا کرسکتا ہے، اور عام طور پر پیدائشی سمجھا جاتا ہے۔

امراضیات۔ ڈی جیرین (Dejerine) اور سوٹاس (Sottas) نے ایک اصابت کی اطلاع دی ہے، جس میں مریض کی موت التہاب گردہ سے واقع ہوئی۔ عضلات بڑے، اُبھرے ہوئے شکل میں معمول سے زیادہ گلوب نما، رنگ میں زیادہ دُھندلے سُرخ، اور کم لچکدار تھے۔ عضلی نواتوں کی تعداد اور جسامت زیادہ بڑھی ہوئی پائی گئی۔ ریشے جسامت میں بہت مختلف تھے، اور

بعض تو فی الحقیقت نہایت ہی بڑے اور گویا متورم تھے۔ بعض اوقات لحمی عناصر جُدا جُدا ہو گئے تھے، اور غلاف ذرّات سے پُر تھا۔ یا عضلی جِرم انحطاط یافتہ اور خالیہ دار ہو گیا تھا۔ اتصالی بافت ویسی بیش پرورده یا شحمی نہ تھی جیسی کہ کاذب بیش پرورشی شکل میں ہوتی ہے۔ یہ نتائج اُس سے قریبی مطابقت رکھتے تھے جو دورانِ زندگی میں کاٹ کر نکالے ہوئے عضلی حصوں میں دیکھا گیا تھا۔ عضلی اعصاب، عصبی تنے، نخاع، اور بصلہ تندرست پائے گئے۔

علاج۔ کوئی چیز مفید نہیں پائی گئی ہے۔ تھامسین نے، جو اِس مرض میں خود مبتلا تھا، مسلسل سرگرمی کی زندگی بسر کرنے کا مشورہ دیا ہے۔

ذبولی عضلی تنیدگی

(myotonia atrophica)

اِس مرض میں عضلات کی کرختگی کے ساتھ، جو مرض تھامسین کی عضلی کرختگی سے مماثل ہوتی ہے، عضلی ذبول بھی ہوتا ہے۔ یہ کرختگی یا عضلی تنیدگی خاص طور پر عضلات خم کن (flexor muscles) کو ڈھیلا کرنے کی ناقابلیت ہے جو ہاتھ کو زور کے ساتھ پکڑنے کے بعد دیکھی جاتی ہے۔ ذبول سے ماؤف ہونے والے عضلات یہ ہیں:۔ عضلہ محیطۃ الفم (orbicularis oris) اور عضلہ محیطۃ الجفن
760 (orbicularis palbebrum) (جیسا کہ لنڈاوزی ڈیجی رینی طرز
= Landouzy-Dejerine type کے عضلی سوء تغذیہ کے ساتھ کسی قدر مشابہت ہوتی ہے)، عضلات مضغیہ (masseters)، عضلات صدغیہ (temporals)، عضلات قصیہ حلمیہ (sterno-mastoids) (شدید طور پر)، پیش بازو اور ہاتھوں کے عضلات، عضلات واسعہ فخذیہ (vasti femoris)، اگلے قصبیتی (anterior tibial) اور شظوی (peroneal) عضلات۔

وتری جھٹکے اکثر مفقود ہوتے ہیں، اگرچہ اِس علامت کی توجیہ کے لئے عضلی ذبول ناکافی ہے۔

عصبی نظام سے باہر انحطاطی نوعیت کے اور دوسرے علامات ہوتے ہیں،

جن میں سب سے زیادہ نمایاں قبل از وقت گنج، عام لاغری اور وزن کا نقصان اور ذکور میں خصیتین کا ذبول اور ساتھ ہی شہوت کی کمی ہیں۔ یہ مرض عموماً ادھیڑ عمر میں شروع ہوتا ہے اور آہستہ آہستہ ترقی پذیر ہوتا ہے۔ اکثر اوقات یہ اُسی خاندان کے کئی اراکین میں واقع ہوتا ہے، اور بالعموم صرف ایک ہی پشت کو ماؤف کرتا ہے۔ اِس کے ساتھ اکثر موتیا بند ہوتا ہے، اور اسلاف میں بھی موتیا بند کی سرگذشت ہوتی ہے۔ امراضیاتی لحاظ سے عصبی نظام میں کوئی مستقر تغیرات نہیں پائے گئے ہیں۔ عضلات انحطاطی تغیرات ظاہر کرتے ہیں۔

پیدائشی عدمِ تنش عضلہ

(amyotonia congenita)

(پیدائشی عضلی بے تنیدگی = myatonia congenita)

اِس مرض میں عضلات نہایت پلپلے اور بے تنش ہوتے ہیں، اور بچہ ہر وضع میں لیٹتا پھرتا ہے اور بیٹھ نہیں سکتا۔ یہ حالت پیدائش کے وقت یا بعد میں دیکھی جاتی ہے، اور ممکن ہے خاندانی ہو۔ ازاں بعد بچہ چل نہیں سکتا۔ اُس کے تمام حرکات کمزور ہوتے ہیں، اور جوڑوں پر مجہول حرکات غیر معمولی طور پر آزادانہ ہوتے ہیں۔ فرادی تحریک پر عضلات کی مجیبیت کم ہوتی ہے، اور عمیق معکوسات مفقود ہوتے ہیں۔ بہت سی اصابتوں میں مرض میں آہستہ آہستہ اور بتدریج تخفیف ہوتی ہے، لیکن مریضوں کی اکثریت بین روشکاینوں سے بچپن ہی میں مرجاتی ہے۔ عضلی امراض (myopathies) سے اِس مرض کی تفریق آغازِ مرض کی عمر سے، جو کہ بالعموم زیادہ ابتدائی ہوتی ہے، اور اصلاح کے رجحان سے کیجاتی ہے۔ امراضیات مبہم ہے، لیکن اِس امر کی تائید میں کسیقدر ثبوت ملتا ہے کہ اسفل حرکی عصبیوں کے نمو میں ایک پیدائشی رکاوٹ ہوجاتی ہے۔ ولک، فراد بت، اور ورزشیں درستی میں ممد ہوتی ہیں۔

خاندانی نوبتی شلل

(family periodic paralysis)

اس عجیب و غریب شکایت میں مریض ایسے حملوں میں مبتلا ہوتا ہے جن میں دھڑ اور جوارح کے عضلات کا شلل بتدریج نمویاب ہوجاتا ہے، جو ہر موقع پر چند گھنٹوں تک رہ کر پھر بالکل رفع ہوجاتا ہے۔

بحث اسباب۔ یہ مرض ایک ہی خاندان کے کئی ارکین میں دیکھا گیا ہے اور مریضوں کی اولاد میں منتقل ہوتا ہے۔ یہ دونوں صنفوں کو مساوی طور پر متاثر کرتا ہے، اور پہلے حملے عموماً چھے اور چوبیس سال کی عمروں کے درمیان ہوئے ہیں۔

علامات۔ یہ شلل اکثر رات کے وقت شروع ہوتا ہے۔ ٹانگ کے عضلات، پھر بازو کے عضلات، اور بالآخر دھڑ اور گردن کے عضلات بتدریج کمزور ہوجاتے ہیں، چنانچہ چار یا پانچ گھنٹوں کے عرصہ میں مریض اپنے جوارح بالکل ہلا نہیں سکتا۔ یہ کمزوری پہلے جوارح کے قربی حصوں کو ماؤف کرتی ہے اور ازاں بعد بُعدی حصوں کو۔ بین ضلعی عضلات کمزور پڑجاتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ تنفس کم گہرا اور کمزور ہوتا ہے۔ غالباً ڈایافرام بھی ماؤف ہوجاتا ہے۔ جن عضلات کو قحفی اعصاب سے رسد پہنچتی ہے وہ عموماً بچ جاتے ہیں اور عضلات عاصرہ (sphincters) بھی غیر ماؤف رہتے ہیں۔ ممکن ہے کہ قلب متسع اور نبض سریع اور غیر منتظم ہوجائے۔ معکوسات بتدریج مفقود ہوجاتے ہیں۔ اور فراوی اور گیلوانی دونوں قسم کی رووں سے ہونے والے تعاملات، جو کمزوری کے بڑھنے کے ساتھ بتدریج زیادہ کم ہوتے جاتے ہیں، کامل شلل پیدا ہونے پر بالکل مفقود ہوجاتے ہیں۔ حس اور ذہنی حالت میں خرابی نہیں ہوتی۔ چند گھنٹوں کے بعد حالت درست ہونا شروع ہوتی ہے۔ جس ترتیب سے عضلات کی قوت مفقود ہوئی تھی اُس سے برعکس ترتیب میں اُن کی قوت بحال ہوتی جاتی ہے، اور مزید

چھ تا بارہ گھنٹے گزرنے پر قوت بالکل بحال ہو جاتی ہے اور ساتھ ہی معکوسات اور برقی تعاملات بھی بحال ہو جاتے ہیں۔

حملے پہلے مہینوں کے وقفوں سے ہوتے ہیں، لیکن وہ زیادہ جلد جلد ہونے لگتے ہیں یہاں تک کہ وہ ہر ہفتے یا اِس سے بھی زیادہ جلد ہو سکتے ہیں۔ ادھیڑ عمر میں وہ پھر نسبتہً کم ہونے لگتے ہیں۔

امراضیات ۔ فی الحال مبہم ہے۔ اغلب یہ معلوم ہوتا ہے کہ کوئی 76
سم عضلی ریشوں پر عامل ہوتا رہتا ہے۔ اور حملوں کے ساتھ بول اور کریٹینین (creatinin) کے اخراج کے تعلقات کے بارے میں بعض دلچسپ مشاہدات کیے گئے ہیں۔

علاج ۔ سمیات کے اخراج کے لیے مالحات اور آب ہائے معدنی کے ذریعہ ادرار بول بڑھانا چاہیئے۔

مترقی عضلی نہاکت

(myasthenia gravis)

یہ ایک اور مرض ہے جو عضلات کے فعل کو بہ شدت ماؤف کر دیتا ہے۔ عصبی مرکزوں یا اعصاب میں کسی مستقل تغیر کی غیر موجودگی میں اور اِس بنا پر کہ اضرار اکثر اوقات عضلات میں پائے جاتے ہیں، اِسے فی الحال انھیں ساختوں کا اوّلی عارضہ سمجھنا چاہیئے، جو غالباً سمی مبدا کا ہوتا ہے۔

بحث اسباب ۔ یہ مردوں کی نسبت عورتوں میں کسیقدر زیادہ کثیر الوقوع ہے (۱۰۰ کے مقابلہ میں ۱۴۲ ،Starr)، اور بیشتر اوقات بیس اور تیس سال کی عمروں کے درمیان ہوتا ہے، لیکن کوئی بھی عمر اِس سے مستثنیٰ نہیں۔

مرضی تشریح ۔ متعدد اصابتوں کا بعد الممات امتحان کیا گیا ہے۔ ایک چوتھائی سے زیادہ تعداد میں غدۂ تیموسیہ (thymus) برابر موجود یا بڑھا ہوا، یا لمفی لحمی سلعہ کا موضوع پایا گیا ہے۔ لیکن دوسری اصابتوں میں وہ

طبعی حالات کے مطابق غیر موجود تھا۔ تقریباً تمام اصابتوں میں عضلات کے اندر اور بعض اعضا جیسے کہ تیموسیہ، جگر، لبلبہ، گردہ اور برگروں میں لمفی خلیوں کے اجتماعات (سیلانات لمف = lymphorrhages) پائے گئے ہیں۔ خون اور لمفی غدد تندرست ہوتے ہیں۔

علامات ۔ اس مرض کا ممیز خاصہ ارادی عضلات کی کمزوری ہے، جو محنت کرنے سے نہایت جلد تھک جاتے ہیں، لیکن آرام کے بعد ان کی طاقت بحال ہو جاتی ہے۔ شدید اصابتوں میں کمزوری قائم رہتی ہے، اور موت اکثر یا تو یکایک یا بُہر کے ساتھ تنفسی شلل سے واقع ہو جاتی ہے۔ وہ عضلات جو عموماً پہلے اور بیشتر اوقات ماؤف ہوتے ہیں آنکھوں، سر اور گردن کے عضلات ہوتے ہیں، جس کی وجہ سے مریض کو استرخاء الجفن، دو نظری، چہرے کی حرکت ناپذیری، چبانے یا نگلنے میں تکلیف، ناقص تلفظ، آواز کی انفی نوعیت اور کمزوری جو بڑھ کر بے صوتی تک پہنچتی ہے، اور سر کو سیدھا رکھنے کی ناقابلیت کی شکایت ہوتی ہے۔ لیکن ممکن ہے کہ جسم کے تقریباً تمام عضلات ماؤف ہو جائیں اور بارہ فی صدی اصابتوں میں کمزوری کا آغاز جوارح کے عضلات میں ہوا ہے۔ ممکن ہے کہ مریض بیٹھ نہ سکے، وہ بغیر ٹھہرے صرف چند گز چل سکتا ہے، یا اس کے تنفس میں رکاوٹ ہوتی ہے، اور اسے بُہر کے خطرناک حملے ہو جاتے ہیں۔ جوارح میں قربی عضلات پر اس سے زیادہ اکثر حملہ ہوتا ہے کہ جتنا بُعدی عضلات پر ہوتا ہے۔ عورتیں جب اپنے بالوں میں کنگھی کرتی ہیں تو ان کے بازوؤں میں تکان ہو جاتی ہے۔ یہ حالت اپنی شدت میں بہت مختلف ہوتی ہے، اور جذبہ، سردی اور عورتوں میں وظیفۂ حیض سے زیادہ ہو جاتی ہے۔ گھٹنے کا جھٹکا عموماً فاعلی ہوتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ متواتر تہییج سے خستہ ہو جائے۔ حسی علامات شاذ ہی موجود ہوتے ہیں، اور عضلات عاصرہ غیر ماؤف ہوتے ہیں۔

حال ہی میں بتلایا گیا ہے کہ اس مرض کی اصابتوں میں شکر کی برداشت کم ہو جاتی ہے (۸)۔ ماؤف عضلات بیشتر (لیکن ہر اصابت میں نہیں) برقی رو سے مخصوص طریقہ پر تعامل ظاہر کرتے ہیں (عضلی نہاکتی تعامل

(= myasthenic reaction)۔ اگر عضلات کو فرادی رَو لگائی جائے تو وہ طبعی طور پر منقبض ہوتے ہیں، لیکن اگر رَو لگانا جاری رکھا جائے تو وہ جلد خستہ ہو جاتے ہیں اور پھر منقبض نہیں ہوتے۔ اب اگر برقیروں کو دور کر دیا جائے تو عضلہ بحال ہو جاتا ہے اور پھر رَو لگانے سے بخوبی منقبض ہوتا ہے اور پھر جلد ہی خستہ ہو جاتا ہے۔ گیلوانی رَو سے انقباض برابر جاری رہتا ہے، اور رَو کتنی مدت تک بھی لگائی جائے وہ شاذ ہی متاثر ہوتا ہے۔

ممکن ہے کہ عارضی طور پر اصلاح ہو جائے، اور ایسے طویل فترات مندرج ہیں جن میں علامات سے نسبتاً آزادی حاصل تھی، لیکن عموماً تنفسی فشل سے یا دَم گھٹنے سے مہلک نتیجہ دیکھا گیا ہے۔ اسٹار (Starr) کی جمع کردہ اصابتوں کی ۴۵ فی صدی تعداد چھ ماہ کے اندر موت کا نشانہ بن گئی۔ لیکن بہت سے مریض دس سال یا زائد تک زندہ رہے ہیں۔

تشخیص۔ یہ مرض غلطی سے ہسٹیریا، خناق وبائی شَلَل، اور بصلی شَلَل سمجھا جا سکتا ہے۔ آخر الذکر سے اس کی تفریق عضلات کے عدم ذبول، عضلی نہاکتی تعامل اور مختلف درجوں کی کمزوری کی بنا پر کیجا سکتی ہے۔

علاج۔ ۱۹۳۴ء میں ڈاکٹر ایم۔ بی۔ واکر (Dr. M. B. Walker) نے دریافت کیا کہ فائسوسٹگمین بذریعہ اشراب دینے سے مترقی عضلی نہاکت 762 کی ایک اصابت میں علامات میں فوری اور حیرت انگیز اصلاح ہو گئی۔ یہ مشاہدہ اب کئی مرتبہ دہرایا گیا ہے۔ سب سے زیادہ موثر دوا پروسٹگمین (prostigmin) ہے، جس کو محلول میں تیار کیا جاتا ہے، جس کے ایک سی سی میں اسکے ۵ء ملی گرام مشمول ہوتے ہیں۔ اس محلول کے ۲ - ۵ سی سی زیر جلدی اشراب کے ذریعہ دیئے جاتے ہیں، اور اس کے ساتھ ہی اٹروپین سلفیٹ کے $\frac{1}{100}$ گرین، اس غرض سے کہ قلب کے فعل کے بطوء اور حرکت دودیہ کی زیادتی کا ازالہ کیا جائے جو بصورت دیگر پروسٹگمین سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ اس کا اثر صرف چند گھنٹہ تک قائم رہتا ہے، لہٰذا سردست اس طریقہ علاج کی خاص منفعت ایک عارضی تدبیر کی ہے جو مریض کو کوئی کام انجام دینے یا آرام سے کھانا کھانے کے قابل بنا دیتی ہے، اور ممکن ہے

اس وقت اس کی انتہائی اہمیت ہو جب کہ بین روالتہاب شعبی کے نتیجہ کے طور پر تنفسی عضلات تکان کی وجہ سے خطرے میں ہوں۔

افیڈرین ہائیڈروکلورائیڈ (ephedrine hydrochloride) ½ گرین روزانہ تین مرتبہ مریضوں کو اصلاح کا ایک موضوعی احساس بخشتی ہے۔

معلوم ہوتا ہے کہ اسٹرکنین (strychnine) طاقت بڑھاتی اور بعض اصابتوں میں زندگی کو طویل کرتی ہے (6)۔ اس کی بڑی مقادیر دینی چاہئیں۔ تحت الجلدی اشرابات اسٹرکنین سلفاس کے ۱/۶۰ گرین سے شروع کرنا چاہئیں اور انکو بتدریج زیادہ کرکے ۱/۲۰ گرین تک روزانہ دو بار دینا چاہئے۔ اگر اس کا اثر اچھا ہو تو اسے غیر معین عرصہ تک دیا جاسکتا ہے، یا مساوی مقداریں براہ دہن دیجائیں۔

تنفسی تکلف اس امر کا اشارہ ہے کہ کامل آرام وسکون حاصل کیا جائے۔ عضلات تنفس کا عارضی تعبی شلل بعض اوقات مصنوعی تنفس سے دفع کیا جاسکتا ہے۔ جب عضلات ابتلاع شدت کے ساتھ ماؤف ہوں تو انبوبی تغذیہ کیضرورت ہوسکتی ہے۔

عضلات کے بعض دیگر عوارض

اس تشنج اور شلل کے علاوہ، جو مرکزی اور محیطی عصبی عوارض کا نتیجہ ہیں اور جن کا بیان پہلے درج ہوچکا ہے، بعض دوسرے عوارض بیان کئے جائیں گے جن کی نسبت یہ کہنا مشکل ہے کہ آیا یہ اولی طور پر عصب کے فشل کے باعث ہوتے ہیں یا عضلات کے فشل کے باعث، یا کبھی ایک کے اور کبھی دوسرے کے باعث ہوتے ہیں۔

عضلی خستگی یا تکان (muscular exhaustion or fatigue)۔

عام طور پر سمجھا جاتا ہے کہ کثرت استعمال کے باعث عضلہ کی قابلیت انقباض میں بتدریج کمی ہوجانے کا سبب یہ ہے کہ عضلہ کے فعل سے کیمیائی حاصلات (جیسے کہ سارکولیکٹک ایسڈ (sarcolactic acid) خلاصہ جات، اور ممکن ہے کہ ایک خاص سم بھی) پیدا ہوکر اس کی سیری کردیتے ہیں، گو یہ بھی بیان کیا گیا ہے کہ معمولی طور پر جو تکان پیدا ہوجاتی ہے وہ سمیات کا اثر عصبی مراکز پر ہونے کا نتیجہ ہے نہ کہ

ان کا اثر عضلات پر ہونے کا ۔ اِس عمل میں خود عضلی ریشے کا حقیقۃً صرف ہو جانا بھی کلی طور پر نظر انداز نہیں کیا جا سکتا ۔

خستگی پیدا کرنے والے امراض اور حموی حملوں کے بعد اور بڑھاپے میں عضلی قوت کا فقدان غالباً عضلی آلات اور عصبی نظام دونوں کی طرف منسوب کیا جا سکتا ہے ۔

ریشکی انقباضات (fibrillary contractions) (یا ریشکی رعشے = fibrillary tremors) یہ عصبی امراض کے علامات کے زمرہ میں بیان کئے گئے ہیں (ملاحظہ ہو صفحہ 626) ۔لیکن یہ عملاً طبعی صحت کی حالتوں میں بھی واقع ہوتے ہیں ۔ عام ترین قسم عضلۂ محیطۃ الجفن (orbicularis palpebrum) کے جھٹکے ہیں، جو پپوٹے کے کیقدر پھڑکنے کی حرکت پیدا کر دیتے ہیں، جیسے مریض محسوس کرتا ہے، اگرچہ ممکن ہے کہ کوئی پاس والا تماشائی اسے نہ دیکھے ۔ یہ حرکت اتنی کافی عام ہے کہ عوام نے اِسے خفق العین یا آنکھ پھڑکنے ("live blood") کا نام دیا ہے ۔ بعض اوقات ایسے ہی ریشکی انقباضات دوسرے عضلات، جیسے کہ عضلۂ دالیہ (deltoid) یا عضلۂ ذوراسین (biceps) میں بھی واقع ہوتے ہیں۔ وہ گھنٹہ دو گھنٹہ یا چند دن تکلیف دیتے ہیں اور پھر بالکل جاتے رہتے ہیں۔ انکے وقوع کی توجیہ بآسانی نہیں ہو سکتی، خواہ یہ ظاہراً صحت کی حالت میں واقع ہوں یا عضلی ذبول کے تعلق میں ۔

آخر الذکر میں وہ اُن ذبولات میں عام ہیں جو اگلے قرن کے خلیوں کے انحطاط کے باعث ہوتے ہیں جیسے کہ مترقی عضلی ذبول (progressive muscular atrophy) میں، اور وہ محیطی اعصاب کے مرض میں بھی واقع ہو سکتے ہیں ۔ البتہ وہ اُس وقت نہیں واقع ہو سکتے جب کہ لاغری مکمل ہو گئی ہو، بلکہ صرف اُسی وقت ہوتے ہیں جبکہ انحطاط ہو رہا ہو ۔ اگر وہ براہ راست نخاع کے اگلے قرنوں کے تغیرات پر منحصر ہیں تو یہ سمجھنا چاہیئے کہ انحطاط پذیر خلوی جسم جداگانہ عضلی ریشکوں کو بے ترتیب تہیجات بھیجتا رہتا ہے ۔ ایسے تہیجات بیش تحریک پذیری پر محمول کئے جاتے ہیں، اگرچہ یہ واضح نہیں کہ ایک انحطاط پذیر خلیہ کو کیوں زیادہ تحریک پذیر ہونا چاہیئے ۔ جب وہ تندرست شخص میں پیدا ہوں تو اُن کی توجیہ اور بھی کم تشفی بخش ہوتی ہے

763

ذرا سی تکلیف جو ہوتی ہے بالکل جاتی رہتی ہے اور کوئی ایسی چیز باقی نہیں رہتی جو عصب یا عضلہ میں کوئی مستقل تغیر ظاہر کرے۔ کوئی چیز ایسی نہیں معلوم ہوتی جس سے یہ ظاہر ہو کہ آیا یہ ریشکی انقباض عصبی خلیہ میں کسی عارضی یا وظیفی تغیر سے پیدا ہو جاتا ہے یا عضلی ریشک کے کسی اولی وظیفی فتور سے۔

بے قراری (fidgets) ۔ یہ ایک خفیف چیز معلوم ہوتی ہے لیکن اس بحث کے تعلق میں دلچسپی رکھتی ہے۔ جسمانی بے چینی کی یہ حالت جسے عام طور پر اس نام سے یاد کیا جاتا ہے، اکثر زیادہ محنت سے پیدا ہو جاتی ہے۔ جوارح میں، بیشتر اسفل جوارح میں، ایک بے آرامی محسوس ہوتی ہے، اور اس کے بعد ایک پورے عضلہ کا انقباض ہوتا ہے، جو ناگہانی اور بعض اوقات تھوڑے عرصہ کے لئے رجفی ہوتا ہے، اور جس سے اس بے آرامی میں ایک عارضی تخفیف حاصل ہو جاتی ہے۔ یہ انقباض غیر ارادی ہوتا ہے اور اس کی روک تھام نہایت مشکل یا ناممکن ہوتی ہے، اور یہ جارحہ کو قدرے حرکت دینے کا اثر رکھتا ہے۔ یہ احساس عضلہ کے اندر معلوم ہوتا ہے۔ بہر حال یہ عمیق المقام ہوتا ہے اور درد کی قسم سے نہیں ہوتا بلکہ صرف حرکت کی خواہش محسوس ہوتی ہے۔ اگر انقباض معکوس ہو (جیسا کہ غالباً یہ ہوتا ہے) تو بھی یہ ممکن ہے کہ عضلہ میں کے حسّی ریشے عضلی فعل کے کیمیائی حاصلات سے مسموم ہو گئے ہوں۔

جب "بے قراری" اِن حالات کے تحت واقع ہو، (لیکن یہ ان حالات تک محدود نہیں) تو اس کا معقول علاج عموماً جوارح اسفل کے وَلک سے کیا جا سکتا ہے، اور یہ خیال کیا جاتا ہے کہ اس سے سمّی حاصلات کے اخراج میں آسانی ہو جائے گی۔ بعض اوقات وضع کی تبدیلی، مثلاً لیٹی ہوئی وضع سے نشست کی وضع میں ہو جانا کافی ہوگا۔

اَلتشنّج (cramp)۔ یہ غالباً بظاہر عضلہ کا غیر ارادی، سخت، زور دار، طویل اور دردناک انقباض ہے، جس سے پہلے کسی طرح کا احساس نہیں ہوتا، اور یہ صرف آہستہ آہستہ کامل ارتخا میں تبدیل ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے کہ یہ فی الفور، یا چند دقیقوں کے وقفہ سے مکرر ہو۔ یا محض شاذ ہو اور طویل وقفوں کے بعد ہو۔

یہ اکثر اوقات زیادہ محنت کا نتیجہ ہوتی ہے، اور اکثر دن بھر چلنے کے بعد

یا دوسری مسلسل محنت کے بعد بستر میں ہوتی ہے۔ گو یہ اکثر خود بخود واقع ہوتی ہے، تاہم ارادی کوشش سے ماؤف عضلہ میں پیدا کی جا سکتی ہے۔

اس کی حقیقی تسبیب بیان کرنا اسیقدر مشکل ہے جسقدر کہ پہلے بیان کئے ہوئے عضلی عوارض کی تسبیب۔ تکان کی اینٹھنوں میں عضلی سموم کا اثر ہمارے ذہن میں قدرتی طور پر آتا ہے۔ اسکی تائید بعض امراض (مثلاً ہیضہ غذائی سمیت سے پیدا ہو جانے والے ہیضہ نما اسہال اور بعض دیگر سر کے سنگی پیدا کرنے والے امراض) میں واقع ہونے والی مشہور اینٹھنوں سے ہوتی ہے۔ کزاز (tetanus) اسٹرکنیا (strychnia) اور تکزز (tetany) کی اینٹھنوں اور الکحلی اور دوسری قسموں کے سمی التہاب عصب کی اینٹھنوں میں یقیناً سموم کا تعلق ہوتا ہے۔ ان میں سے پہلی دو قسم کی اینٹھنوں میں عضلات کو ان کے تہیجات بظاہر مسموم نخاع سے پہنچتے ہیں۔ تکزز میں امارات شواسٹیک (Chvostek's sign) کی موجودگی یہ ظاہر کرتی ہے کہ محیطی اعصاب کی خراش تشنج پیدا کر دے گی۔ لیکن کثیر عصبی التہاب (multiple neuritis) میں شاید یہ امر کہ عضلات اتنا خود اپنے جرم میں دوران کرنے والے سموم سے حرکت میں نہیں آتے جس قدر کہ عصبی تنوں کے تغیر سے زیادہ واضح نہیں ہے۔ یہی نقرس (gout) اور مرض برائٹ کے متعلق کہا جا سکتا ہے، جن میں اینٹھنیں قلیل الوقوع نہیں۔ اس کے برعکس ہسٹیریا کی اینٹھنیں اور زنام نہاد حرفتی اینٹھنیں (professional cramps) (ملاحظہ ہو صفحہ 752) اپنے مبداء میں زیادہ صریح طور پر مرکزی ہوتی ہیں۔

اینٹھنوں کا علاج چنداں تشفی بخش نہیں۔ جہاں کوئی سمی عمل شناخت کیا جا سکے، وہاں سم کی تعدیل یا اخراج صریحاً مطمح نظر ہونا چاہیئے۔ جہاں تکان کے بعد یا دیگر طور پر ایک واحد عضلہ میں اینٹھن ہو، وہاں فی الفور ضد تنازع عضلہ کو حرکت میں لانا چاہیئے، تاکہ ماؤف عضلہ تن جائے۔ ایسا کرنے سے تشنج عموماً فی الفور دور ہو جائیں گے۔ کثیر الوقوع مکرر ہونے والی اینٹھنوں کے لئے دلک کا استعمال مفید ہے۔

764

ذہنی امراض

(MENTAL DISEASES)

اب ہمیں اُن بیماریوں کے متعلق غور کرنا ہے جن کے علامات جسمانی ارتباط کے بلند ترین لیول پر یعنی انسان کے ذہنی اعمال کے اختلالات سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ ان اختلالات کے طریقۂ پیدائش کو سمجھنے کے لئے اس کا کسی قدر علم ضروری ہے کہ ذہنی فعالیتیں طبعی حالات میں کن قوانین کے تحت ہوتی ہیں ۔

نفسیاتی اصول

توافق ۔ ہمارے عملی مفروضات اس تصور پر مبنی ہیں کہ زندگی کا عمل ایک توافقی عمل ہے۔ ہم یہ فرض کرتے ہیں کہ ہر زندہ عضویہ پیہم اس کوشش میں مصروف ہے کہ وہ اپنے آپ کو بیرونی ماحول سے متوافق کرے، اور اپنی اندرونی ترتیبوں میں توازن قایم رکھے۔ اس توافق کے اغراض کے لئے عضویہ میں پیچیدہ اعمال نمویاب ہو جاتے ہیں، اور نظام عصبی ان میں سے پیچیدہ ترین کو انجام دیتا ہے۔

اگر ہم عضویہ کے توافقی عمل کے متعلق یہ سمجھ لیں کہ یہ بڑھتی ہوئی پیچیدگی کے لیولوں کے سلسلہ پر انجام دیا جاتا ہے تو وہ خالصتہً قسری عصبی اعمال جو مثلاً ہضمی وظیفہ میں مضمر ہوتے ہیں سادہ ترین یعنی "نباتی لیول" پر ہونا خیال کیا جائیگا۔ اس سلسلے میں بلند تر لیول، یعنی توافقی فعالیت کے حسی حرکی یا نخاعی لیول میں، عضلات اور عصبی مراکز کے ذریعے ان کی حرکات کی ہم آہنگی اور نخاع میں ان مراکز کے تعلقات شامل ہیں، اور دماغ میں اس سے بھی زیادہ پیچیدہ اور متغیر اعمال انجام دے جاتے ہیں (دماغی لیول)۔ اس سے بھی اوپر" تطابق" کے سب سے زیادہ پیچیدہ اعمال انجام دئے جاتے ہیں، یعنی وہ جن کو ہم ذہنی کہتے ہیں۔ آخر الذکر

بالخاص طور پر مجموعی عضویہ کے توافق سے متعلق ہوتے ہیں جو کہ وہ مجموعی ماحول کے ساتھ اور خاص طور پر اس کے معاشرتی ماحول کے ساتھ حاصل کرتا ہے۔

فعلیات ہنوز اس میں کامیاب نہیں ہوئی کہ اس لیول پر کی فعالیت کو خود اپنی اصطلاحات میں بیان کر سکے، لہٰذا نفسیات کی زبان ہی ہمارے لیے کارآمد ہے، اور اگر ہم کو ذہنی لیول پر انفرادی عضویہ کے افعال کو بیان کرنا ہو تو اسی کو سیکھنا پڑے گا۔

ارتباط کے "لیول"۔ اس طرح اگر ہم عضویہ کو بڑھتی ہوئی پیچیدگی کے لیولوں کے سلسلے سے بنا ہوا تصور کریں، تو ہم کو تسلسل دکھائی دیتا ہے، اور ذہنی اعمال توافقی اعمال کے سلسلہ میں سب سے پیچیدہ نظر آتے ہیں۔ اس طرح ہم کو اس امر کے متعلق پریشان ہونا نہیں پڑتا کہ ذہنی اور دماغی اعمال کے درمیان کس طرح کا تعلق ہے۔ اور ہم یہ سمجھ سکتے ہیں کہ کسی بھی لیول پر اولی طور پر فتور پیدا ہو سکتا ہے، چنانچہ ذہنی بیماری کی توجیہہ کے لیے دماغی بیماری فرض کرنی نہیں پڑتی لیکن اس اسکیم میں یہ امر بھی اتنا ہی واضح ہے کہ ایک لیول پر کا فتور دوسرے لیول پر کے وظیفہ کو تہ و بالا کر سکتا ہے، چنانچہ دماغی وظیفہ کا فتور ذہنی وظیفہ کا فتور پیدا کر سکتا ہے، اور ذہنی وظیفہ کا فتور دماغی وظیفہ کا فتور۔

جذباتی تعامل۔ یہ بہت سے طبیعی علامات کے سمجھنے کے لیے، جو مریض طبی امتحان پر ظاہر کرتے ہیں اور جن کے لیے کوئی قابل دریافت طبیعی اساس نہیں پائی جاتی، ایک مفید تصور ہے۔ یہ علامات اس امر کا نتیجہ ہوتے ہیں کہ ذہنی لیول پر ایک واقعہ زیر افتادہ دماغی نخاعی اور نباتی لیولوں پر اختلال پیدا کرتا ہے۔ مثلاً کسی شخص کے راستہ میں شیر دکھائی دینے کا طبعی نتیجہ، ضرب قلب کی سرعت، شراسیف میں بے آرامی کا احساس اور شاید کسی قدر کپکپی ہوتی ہے۔ ان اثرات کے ہمراہ جو ذہنی واقعات پائے جاتے ہیں ان کو جذبات کہتے ہیں۔ مثلاً ابھی جن کا تذکرہ کیا گیا ہے اُن کے ساتھ خوف کا جذبہ وابستہ ہوتا ہے۔ اس امر پر بڑی بحث کی گئی ہے کہ آیا خوف یا کوئی دوسرا جذبہ اس قسم کے جسمانی اضطراب کے بغیر بھی موجود ہو سکتا ہے۔ یقینی امر یہ ہے کہ اس قسم کا جسمانی اختلال کسی شعوری جذبہ کے تغیر

موجود ہو سکتا ہے، اور اس کے باوجود یہ پیچیدگی کے ذہنی لیول پر کے واقعات پر منحصر ہو سکتا ہے۔ ایک مریض جس نے نہ تو کوئی شیر دیکھا ہے اور نہ اس کو خوف محسوس ہوا ہے، اپنے ڈاکٹر کے پاس آتا ہے اور پوچھتا ہے کہ وہ کیوں بیمار ہے۔ جدید نفسیات کے انکشافات میں سے ایک یہ ہے کہ ممکن ہے کہ کچھ ذہنی چیز موجود ہو لیکن موضوع کو اس کا کوئی شعور نہ ہو بالفاظ دیگر ذہنی لیول پر کے عمل کے ہمراہ ضروری نہیں کہ شعور پایا جائے، یا جیسا کہ بالعموم کہا جاتا ہے کہ یہ عمل غیر شعوری ہے کم از کم اسوقت کیلئے۔ یہ نتیجہ اخذ کرنے کیلئے بہت سے دلائل ہیں لیکن یہاں صرف ایک مثال کافی ہوگی۔ ایک کاریگر کام پر اپنی پشت کو متضرر کر لیتا ہے اور بعد ازاں تضرر کی کوئی امارت ظاہر نہیں کرتا۔ اور اس کے باوجود عام کمزوری میں مبتلا ہو جاتا ہے جس کے لیے کوئی طبیعی اساس دریافت نہیں ہو سکتی۔ اس کے ذہن کا استقصاء کرنے سے پتہ چلے گا کہ وہ اپنے کام پر واپس جانے سے ڈرتا ہے شاید اپنی عمر کی وجہ سے بڑھتی ہوئی از کار رفتگی کی وجہ سے، اگرچہ وہ اس خوف کو اپنے ذہن میں بھی تسلیم نہیں کرتا۔ بالفاظ دیگر یہ خوف شعور کی اقلیم کے اندر نہیں ہے لیکن اس کے باوجود کمزوری کے احساس کا باعث ہے۔

جسمانی نظامات پر جذبہ کے اثرات مختلف ہوتے ہیں اور بنظر سہولت ان کو حسب ذیل جماعت بند کیا جا سکتا ہے

دورانی نظام۔ ایک ناگہانی اور شدید جذباتی تہیج، تائمی امتناع کے ذریعہ ضرب قلب کو عارضی طور پر موقوف کر سکتا ہے۔ اس سے بے ہوشی ہو جاتی ہے اور یہ جذباتی اصل کی معمولی غشی کا سبب ہے۔ کم شدید تہیج سے نبض سریع ہو جاتی ہے، قلب زور سے دھڑکنے لگتا ہے اور بڑے عروق کی تپک پائی جاتی ہے۔ محیطی شریانیں اور عروق شعریہ، شدید جذبہ کے اثر کے تحت، منقبض ہو سکتے ہیں، جس کا نتیجہ شحوب ہوتا ہے، لیکن زیادہ اکثر وہ متسع ہو جاتے ہیں، اور تشرق کا منظر اسی سبب سے ہے۔ شدید جذبہ کی صورتوں کے سوا جن میں تائمی امتناع ہو جاتا ہے، دموی فشار بڑھ جاتا ہے۔

نظام غذائی۔ لعاب دہن کا افراز کم ہو جاتا ہے۔ ممکن ہے بلعوم اور مری کا تشنج ہو جائے۔ معدہ اور امعاء کی حرکات اور تنش کم ہو جاتے ہیں، بو آبی

اور لفائفی تو لونی عاصرات کا تشنج ہو جاتا ہے ۔ حاد جذبہ میں قے ہو سکتی ہے ۔ معدی افراز موقوف ہو جاتا یا کم ہو جاتا ہے ۔ حوضی قولون منقبض ہو جاتا ہے اور مبرزی عاصرہ ڈھیلا ہو جاتا ہے جس سے بعض اوقات آنتوں کا افراغ ہو جاتا ہے ۔

تنفسی نظام ۔ تنفسی حرکات عمق و تواتر میں بڑھ جاتی ہیں، اور اس کے ساتھ ممکن ہے "دم گھٹنے" کا احساس ہو ۔

تناسلی بولی نظام ۔ بول کا افراز بڑھ جاتا ہے اور مثانہ منقبض ہو جاتا ہے اس سے پیشاب کرنے کی حاجت ہوتی ہے، یا انتہائی اصابتوں میں ممکن ہے عاصرہ کا غیر ارادی ارتخاء واقع ہو کر سلس البول واقع ہو جائے ۔ مردوں میں قدامیتی افراز اور انزال واقع ہو سکتا ہے ۔

دروں افرازی غدے اور تحول ۔ ایڈرینالین کی برآمد بڑھ جاتی ہے اور یہ بھی اپنی باری پر ان اعضا کی مزید تہیج کرتی ہے، جن کی تعصیب نظام شرکی سے ہوتی ہے ۔ دموی شکر بڑھ جاتی ہے، اور شکر بولیت پیدا ہو سکتی ہے ۔ تحول عمومی طور پر زیادہ ہو جاتا ہے ۔

نظام عصبی ۔ تشویش کی ذہنی حالت کے علاوہ، جو کہ ذہن پر طاری ہو جاتی ہے اور اس سے تمام غائی تخیل اور نیند کو خارج کر دیتی ہے ممکن ہے جوارح کا رعشہ اور سن پن کے احساسات ہوں بھر میں بے آرامی یا درد بالعموم محسوس ہوتے ہیں، جو غالباً دماغی دوران خون میں تغیرات کا نتیجہ ہوتے ہیں ۔ پتلیاں پھیل جاتی ہیں، اور آنکھیں باہر کو نکل آتی ہیں ۔

جلد ۔ شعری جرابوں کے ناصبات تحریک میں آسکتے ہیں، جس سے وہ منظر پیدا ہو جاتا ہے جو کہ "قازی جلد" (goose-flesh) کے نام سے مشہور ہے ۔ تعریق کثرت سے واقع ہو سکتی ہے ۔

جذباتی تعامل اگر زیادہ مدت تک قایم رہے تو اس کے ساتھ غیر معمولی ذہنی اور جسمانی تکان محسوس ہوتی ہے ۔

احوالی معکوسہ (conditioned reflex) ۔ پاولوف (Pavlow) نے تجربہ کے ذریعہ حیوانوں میں یہ ثابت کر دیا ہے کہ ایک ایسا تہیج جو پہلے

بے اثر تھا، ایک موثر تہیج کے ساتھ اس قدر متولف ہو سکتا ہے کہ خود بھی موثر ہو جاتا ہے۔ وہ تجربہ جس میں ایک گھنٹی کی آواز ریقی معکوسہ کا تہیج بن گئی، نعلیات کے طلبا کو خوب
766 معلوم ہے۔ اسی طریقہ سے ایک بے اثر تہیج اپنے ایتلاف کی وجہ سے، جذباتی تعامل پیدا کرنے کے قابل ہو سکتا ہے۔

یہ ایتلاف متواتر تکرار سے واقع ہو سکتا ہے، یا خاص حالات کے ہمراہ ایک خاص طور پر شدید جذباتی تعامل پائے جانے سے اس قسم کے ایتلاف سے احوالی جذباتی تعامل پیدا ہونے کی بہت سی مثالیں پیش کی جا سکتی ہیں۔ حالیہ جنگ میں وہ آدمی جو طویل مدتوں تک ایسی حالت میں رہے کہ ان کو کبھی کبھی شیل چلنے کی آوازیں آتی تھیں، بعد ازاں کسی بھی بلند اور غیر متوقع شور و غل پر رعشہ اور اختلاج ظاہر کرتے تھے۔ ایک عورت کو ٹیلیفون پر یہ سننے کے لیے بلایا گیا کہ اس کا خاوند قتل ہو گیا ہے، اور بعد میں کئی مہینوں تک اس کا یہ حال رہا کہ جب کبھی اس کو اس آلہ کی طرف بلایا جاتا تو وہ انتہائی تشویش کے احساس اور اختلاج میں مبتلا ہو جاتی۔

جب کسی آدمی کو موٹر گاڑی چلاتے ہوئے کوئی حادثہ پیش آتا ہے تو دوسری مرتبہ پہیہ پر ہاتھ رکھنے پر اس کو ویسا ہی جذباتی اضطراب محسوس ہوتا ہے، خواہ وہ ایک تجربہ کار موٹر ران ہی کیوں نہ ہو اور سڑک بالکل صاف ہی کیوں نہ ہو۔ اس قسم کے ایتلافات بالعموم مزید تجربہ سے زائل ہو جاتے ہیں، اسی طرح جس طرح حیوانات میں قائم شدہ سادہ تر احوالی معکوسات "تقویت" کی عدم موجودگی میں توڑے جا سکتے ہیں۔

ذہنی ارتباط (mental integration)، ہگلنگس جیکسن (Hughlings Jackson) کا نظام عصبی میں لیولوں کا تصور تمثیلی قیاس سے ذہنی لیول کی اندرونی ترتیبوں تک پھیلایا جا سکتا ہے اور یہاں بھی جیسا کہ نظام عصبی میں ہوتا ہے، "تطبیق" زیادہ تر سرگذشت کی اصل کا ہوتا ہے۔ ذہنی لیول کی سب سے بالائی تہ ہگلنگس جیکسن کے الفاظ میں سب سے آخر میں اکتساب کردہ سب سے زیادہ پیچیدہ، اور کمترین منتظم ہوتی ہے۔ سب سے زیرین تہیں رضیعی تجربہ کی ہوتی ہیں۔ ان میں گویا وہ سب کچھ ہوتا ہے جس کا تجربہ زندگی کے دوران میں کیا گیا ہے۔

لیکن عضویہ کے متعلق یہ امر ماننا بھی ضروری ہے کہ اس میں جبلتیں قبائلی ارتقائی طور پر ودیعت ہوتی ہیں، جو رضیعی تجربات تک کی بنیاد ہوتی ہیں۔

رہائی (release)۔ اس تمثیل کی بنا پر ہم ہگلنگس جیکسن کے ایک اور تصور کے انداز پر خیال کر سکتے ہیں، یعنی وہ جو کہ "رہائی کا مظہر" ہے۔ بلند تر لیولوں کے فعل کا تسلسل سب سے پہلے زیادہ ابتدائی تعاملات کا وقوع ہونے دیتا ہے۔ شاید یہ امر سب سے زیادہ آسانی کے ساتھ الکحلی قسم میں دیکھا جا سکتا ہے، جس کا اثر بعض اوقات غیر متوقع رجحانات کو بے نقاب کر دینا ہوتا ہے۔ اسی طرح کی "رہائی" خالص نفسیاتی عوامل کی کار فرمائی سے بھی واقع ہو سکتی ہے۔

شعور کی صفت اس ذہنی فعل کے ساتھ وابستہ ہوتی ہے جس کے ساتھ توافق اس وقت سب سے زیادہ متعلق ہوتا ہے۔

غیر شعوری "ذہنی" واقعات۔ بقیہ ذہنی تجربات، ایک ایسی شکل میں موجود ہوتے ہیں جس کا احیاء بعض اوقات شعور کے اندر مشقت سے کیا جا سکتا ہے۔ لیکن بنیادی مواہب، یعنی جبلتیں چونکہ انفرادی تجربہ نہیں ہوتیں بلکہ محض اس کی پشت پر ایک قوت ہوتی ہیں، لہٰذا شعور سے باہر یعنی غیر شعوری رہتی ہیں۔ آگے چل کر ہم دیکھیں گے کہ شعور سے ذہنی تجربے کے دور رہنے کے لیے اس امر کے علاوہ کہ اس کا شعور کبھی ہوا ہی نہیں تھا، اور بھی وجوہات ہو سکتی ہیں۔ یہ امر بھی یاد رکھنا ضروری ہے کہ نام نہاد جبلتیں کوئی ذاتیں (entities) نہیں ہوتیں بلکہ مجرد تصورات ہوتے ہیں جو بہت سے مظاہر پر مشتمل ہوتے ہیں جن کی توجیہہ اکتساب کردہ تجربہ کی بناء پر نہیں کی جا سکتی۔ ان مظاہروں کو جماعتوں میں تقسیم کیا جا سکتا ہے، یعنی ان میں جو کہ ادعاء نفس یا خود حفاظت کے ساتھ وابستہ ہیں، اور ان میں جو تولید نوع یا بقائے نسل کے ساتھ وابستہ ہیں۔

یہ امر قابل لحاظ ہے کہ توافق کے دو پہلو ہیں۔ اس کو دو طرف رُخ رکھنا پڑتا ہے۔ باہر کے حالات سے توافق کرنا پڑتا ہے، اور اندر کی جبلتی تحریکات سے توافق کرنا پڑتا ہے۔ لہٰذا ایک فرد میں توافقی وظیفہ کے متعلق ہم یہ تصور کرتے ہیں کہ گویا یہ دو قوتوں یعنی ماحولی تہیجات، اور اندر کے تہیجات (وہ رجحانات جو جبلتی قوتوں سے

پیدا ہوتے ہیں) کے درمیان کارفرما ہوتا ہے، اور ان کے درمیان اس کو توازن قایم رکھنا پڑتا ہے۔ ظاہر ہے کہ یہ توافقی وظیفہ اس چیز کے ساتھ کہ جسے خودی، یا اصطلاحی الفاظ میں، انا کہتے ہیں نہایت قریبی طور پر تعلق رکھتا ہے۔

ماحولی تہیجات میں تمام تجربہ شامل ہے۔ بلند ترین یا ذہنی لیول پر جو چیز ان کو توافق کے لیے اہم بناتی ہے وہ ان کی شخصی صفت ہے۔ توافق کی وہ قسم جس کا فشل ذہنی طرز کے علامات کے پیدا ہونے کا موجب ہوتا ہے، ہمیشہ شخصی تعلقات سے وابستہ ہوتی ہے۔ کسی فرد کو عصبی بیماری محض اس لیے نہیں ہوتی کہ اس نے کچھ دیکھا یا سنا ہے، بلکہ صرف اس وقت ہوتی ہے جب کہ اس کے لیے یہ چیز ماحول
767 کے دیگر اشخاص کے بارے میں ایک خاص معنیٰ رکھتی ہو۔ اہم اشخاص، خاندان کے دیگر اشخاص ہیں، یا وہ جن کو ان کا بدل سمجھا جا سکتا ہے، مثلاً ممرضات وغیرہ، رفقاء، عشاق، معلمین وغیرہم۔ ان سب کو ماحولی تہیجات کے زمرہ میں شمار کیا جا سکتا ہے، اور اندرونی تہیجات وہ جبلتی تحریکات ہیں جو کہ بیشتر ادعائے نفس، مثلاً مجلسی جاہ طلبی، یا صنفی تسکین (اس کے پورے معنوں میں صرف جسمانی تسکین کے معنوں میں نہیں) سے تعلق رکھتی ہیں۔

نزاع۔ ترتیبوں کی اس پیچیدگی کا ایک اہم نتیجہ نزاع کا امکان ہے، خاص طور پر ماحولی مطالبات کے ساتھ، جس میں جبلتی تحریکات ایک طرف اور وہ جو کہ دوسرے اشخاص کی خواہشات تصور کی جاتی ہیں دوسری طرف ہوتی ہیں۔ اس قسم کا نزاع یا تو یہ نتیجہ پیدا کرتا ہے (ا) کہ برسرپیکار قوتوں میں سے ایک یا دوسری بالکل کظم ہو جاتی ہے، اور اس صورت میں کوئی علامات پیدا نہیں ہوتیں، یا (ب) دونوں قوتیں غلبہ کے لیے برسرپیکار رہتی ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ ایک یا دوسرے لیول پر اختلال کی امارات کی شکل میں علامات پیدا ہو جاتے ہیں۔ پھر جزوی کظم واقع ہوتا ہے، اور اس کے نتیجے کے طور پر شعوری لیول پر کظم شدہ نزاع کی شہادتیں نمودار ہو جاتی ہیں، اگرچہ وہ بالعموم مسخ شدہ اور مخفی ہوتی ہیں۔ یہ شہادتیں علامات بناتی ہیں، مثلاً پستی اور تشویش، خوف، اختباطات وغیرہم۔

لہذا کظم (repression) اگر کامیاب ہو، تو اس کے یہ معنی ہیں کہ کظم شدہ

رجحانات شعور سے بالکل محو ہو جاتے ہیں۔ اگر یہ کظم صرف جزوی طور پر کامیاب ہو تو یہ رجحانات شعور میں مخفی شکل میں نمودار ہوتے ہیں۔ اس خفاء کی بہترین مثال ایک آرزو (جس کو ضمیر ممنوع قرار دیتا ہے) کا کظم، اور شعور میں خوف کی شکل میں اس کا ابدالی ظہور ہے۔ بعض اوقات کظم کا عجیب اثر یہ ہوتا ہے کہ نزاع کی دونوں جانبیں غیر شعوری ہو جاتی ہیں جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ فرد کے ذہنی تجربہ کا کچھ حصہ اس کے شعور کے لیے ناقابل حصول ہو جاتا ہے، اور اس کو نسیان ہو جاتا ہے جو تھوڑے سے زمانے سے لے کر فرد کی پوری عمر پر شامل ہوتا ہے۔

اس سے پتہ چلتا ہے کہ ذہنی قسم کی ان شقوں کے علاوہ جو کبھی شعوری نہیں ہوئیں (جبلتیں) اور ان شقوں کے علاوہ جن کو ارادہ سے یاد کیا جاسکتا ہے، بعض شقیں اس لیے غیر شعوری ہوتی ہیں کہ وہ کظم شدہ ہوتی ہیں۔

یہ کظم کونسی چیز سے ہوتا ہے۔ نظام عصبی کے زیریں ترلیولوں سے لی ہوئی تمثیل، یعنی فعلیاتی تمثیل، ایک قسم کے کظم کی توضیح میں مدد دے گی کیونکہ یہ بدیہی ہے کہ جہاں نزاع دو فریقوں کے درمیان ہو اور ان میں سے ایک کظم ہو جائے اور دوسرا شعوری میدان میں قائم رہے تو جو کچھ ظہور میں آتا ہے وہ امتناع سے مماثل ہے۔ برسرپیکار جماعتوں میں سے ایک فریق تقریباً ہمیشہ انا یا خودی ہوتی ہے، جو اکثر اوقات کسی ناخوشگوار واقعہ کو عمداً کظم کر لیتی ہے، یعنی ایسے واقعہ کو جو انا کے مقرر کردہ آورش کے لیے ناخوشگوار ہے۔ اس سے قریبی طور پر ملتا جلتا ہوا ایک اور برسرپیکار عنصر "ضمیر" ہے، جو ایک قسم کا ذہنی رسوب ہے ان احکامات اور ممانعتوں کا جو فرد کے خیال میں ماحول، اور خاص طور پر اس کے والدین نے صادر کی ہیں۔ لہذا اس قسم کی ضمیر ایک ذہنی ساخت ہے جو فرد کی سرگذشت کی گہرائیوں میں پیوستہ ہے، اور محض اسی وجہ سے خودرو اور غیر شعوری طور پر فعل میں آتی ہے۔ اکثر اوقات یہ کمتری اور گنہگاری کے ان احساسات کا سبب ہوتی ہے جو عصباتی شخصیتوں میں اس قدر عام ہیں۔

اپنے ناگوار ذہنیت کے جذبات سے بےخبر رہنے کا یہ رجحان جو انسان میں ہوتا ہے، نفسی عصبانیتوں کی تسبیب میں بہت اہمیت رکھتا ہے۔ مثلاً گذشتہ

جنگ میں ایک شخص جس نے یہ تربیت پائی ہوتی کہ خوف کے جذبہ کو بزدلی کا ہم پلہ سمجھا جائے بعض اوقات اپنے اندر اس جذبہ کی موجودگی سے بےخبر رہتا۔ ایسی صورت میں جذباتی تعامل بغیر جذبہ کے علم کے موجود ہوتا، اور وہ شخص اختلاج، پسینہ، وغیرہ کے مظہر کی توجیہہ اس طرح کرتا کہ یہ جسمانی مرض کے ظواہر ہیں۔

مزید برآں خوف اُسے اپنے فرض منصبی سے جی چرانے پر مجبور کر سکتا، اور اُسے اس مجبور کرنے والے محرک کی خبر بھی نہ ہوتی۔ جسمانی مرض ایسے حالات میں بچاؤ کا راستہ پیش کرتا، اور ایسی ذہنی حالت میں انسان باوجود تمام معقول وجوہات کے جسمانی از کار رفتگی کے خفیف ترین اشارہ کو قبول کرتا۔

768 کسی ضرب کی وجہ سے بازو عارضی طور پر سُن ہو جائے تو اُس جارح کے شلل کا خیال پیدا ہو جائے گا۔ یہ خیال لاشعوری محرک کی وساطت سے ایک قوی مثبت اثر ڈال کر توجہ کو اپنے اوپر جما ہوا رکھے گا۔ اسی وجہ سے وہ تمام شہادت جو اس کے مخالف ہو شعوری توجہ سے خارج رہے گی، جس کا نتیجہ یہ ہوگا کہ تھوڑے ہی عرصے میں شلل بازو ایک راسخ عقیدہ بن جائیگا۔

روزانہ زندگی کے بہت سے مظاہر کا انحصار لاشعوری محرکات کے اس اثر پر ہوتا ہے کہ وہ توجہ کو اپنی ذات اور ماحول کے بعض رُخوں کی طرف پھیرتے اور بعض رخوں کی طرف سے ہٹاتے ہیں۔ چنانچہ انسان اس باب میں بدنام ہے کہ خود اپنی غلطیوں سے چشم پوشی کرتا ہے۔ اپنی خوبیوں اور کامیابیوں کو یاد رکھنے، اور اپنی ناکامیوں اور لغزشوں کو بھول جانے کا رجحان رکھتا ہے۔ بہت سی فراموش کاریوں کا انحصار ایسے ہی سبب پر ہوتا ہے۔

ایسا شخص جو اپنے اعمال یا اپنے محاکمات میں کسی لاشعوری محرک کا اثر قبول کرتا ہے۔ عموماً منطقی وجوہات کے ذریعہ اپنے طرز عمل کی حمایت کرنے کے لیے تیار رہتا ہے۔ لیکن اس کے دلائل، خواہ بظاہر وہ کتنے ہی اچھے ہوں، تجزیہ کرنے پر مغالطہ آمیز ثابت ہوتے ہیں۔ فی الحقیقت وہ اس مخفی محرک کی مزید پیداوار ہیں، اور انہیں حقیقی استدلال کے اعمال سے تمیز کرنے کے لیے ماہرین نفسیات نے "تطبیقات عقلی" یا "تعقیلات" (rationalisations) کا خطاب

دیا ہے (4)-
توافق، لیولوں کے ارتباط، جذباتی تعاملات، غیر شعوری ذہنی واقعات، کنظم اورنزاع کے ان اصولوں کے ذریعہ ہم نفسیاتی بیماری کے خاص مظاہر کو سمجھنے کے قابل ہو جاتے ہیں۔

جماعت بندی

امراض النفس کی جماعت بندی بالخصوص مشکل اور خاص طور پر مغالطہ پیدا کرنے والی ہوتی ہے۔ ہر اصابت "اپنی ایک شخصی نوعیت رکھتی ہے" اس کو محض ایک مرض نہیں تصور کرنا چاہئیے۔ مرض تو وہ شخص ہی ہے۔ اصلی چیز مریض کی شخصیت کا سمجھنا ہے نہ کہ اس کو کسی جماعت میں شمار کرنا مریض کی ذہنی حالت صرف اسی طرح سمجھی جاسکتی ہے کہ تمام عملی طریقوں سے اس کی سرگذشت اورحالات کا لحاظ کیا جائے مریض کو کسی جماعت میں شمار کرنا صرف اسی وقت جائز ہے جب کہ بعض سریع حفظ ما تقدمی، علاجی، اور انذاری نتائج پر پہنچنا مقصود ہو۔ مندرجۂ ذیل جماعت بندی کام میں لائی جاسکتی ہے، لیکن اسکے متعدد گروہوں کے درمیان کوئی اطمینان بخش خط فاصل نہیں ہے:- (۱) نفسی عصبانیتیں (psychoneuroses) (۲) تاثری یا وجدانی تعامل والی قسمیں (affective reaction types) (۳) انشقاق الذہنی تعامل والی قسمیں (schizophrenic reaction types) (عتاہت متبادر) (۴) خبطی (paranoic) اور خبطیہ آسا (paranoid) تعامل والی قسمیں۔ (۵) عضوی تعامل والی قسمیں۔ (۶) صرع۔ (۷) نفسی مرضی تعامل (psychopathic reaction) والی قسمیں۔ (۸) کم ذہنی (mental deficiency) گروہ ۲، ۳، ۴، ۵، ۶ اور ۷، داآت نفس (psychoses) کہلاتے ہیں تاکہ ان کو کم ذہنی (گروہ ۸) اور نفسی عصبانیتوں (گروہ ۱) سے تمیز کیا جاسکے۔ اس میں شک نہیں کہ ناقص العقل اشخاص میں بھی داء النفس یا نفسی عصبانیت کا نمویاب ہو جانا ممکن ہے (5)-

ذہنی عوارض کی موٹی تقسیم حسب ذیل کی جا سکتی ہے :۔ (۱) وہ جن کا انحصار دماغ کے قابل شناخت عضوی مرض (ناہض برداری، انحطاطی، التہابی، تولیدی یا سمی) پر ہو۔ (۲) وہ جن کا انحصار اس پر نہ ہو۔ اول الذکر جماعت میں جو نقائص پائے جاتے ہیں وہ تمام تر نہیں مگر زیادہ تر مجمع الحواسی میدان میں ہوتے ہیں (یعنی ادراک، فہم اور حافظہ میں)۔ آخر الذکر جماعت میں مثبت انکشافات بالخصوص (گو ہمیشہ اور تمام تر نہیں) برتاؤ، تاثر (یا جذبات) اور خیالاتی ما فیہہ کے میدانوں میں پائے جاتے ہیں۔

یہاں ذہنی مرض کی اِن خاص اقسام کی مختصر سرسری تعریفات ایک ابتدائی شکل میں درج کی جاتی ہیں :۔

(۱) نفسی عصبانیتیں (psychoneuroses)۔ بالعموم نفسی عصبانیتوں میں شخصیت کا اختلال اس سے بہت کم واقع ہوتا ہے کہ جتنا دوسرے گروہوں میں نفسی عصبانیت کے مریض کا اپنے روزانہ کاروبار کے لیے جانا اور مصروف رہنا اس سے بہت زیادہ عام ہے کہ جتنا داء النفس کے مریض کا۔ اتفاقی طور پر پاس کھڑے ہوئے شخص کو عموماً ایک نفسی عصبانیت کی موجودگی کا ہرگز کوئی پتہ نہیں چلتا۔ مگر داء النفس کا پتہ عام طور پر لگ جاتا ہے۔ نفسی عصبانیت کا مریض واقعات کی غلط تعبیر نہیں کرتا۔ لیکن اس کے برعکس داء النفس کا مریض عموماً اختباطات یا التباسات میں مبتلا ہوتا ہے، یا کم از کم اُسے یہ احساس ہوتا ہے کہ بیرونی دنیا میں تغیر واقع ہو گیا ہے۔ نفسی عصبانیت کے عام ترین عوارض یہ ہیں :۔ تکان، وردِ سر، ہمہ اقسام کے درد و فسادات حس، مریضانہ خوف، شلل، رعشے اور قلص، حافظے
769 میں اختلالات (میدان حافظہ کے بعض قطعات میں) اور اختلالاتِ شعور جیسے کہ مشی فی النوم (somnabulism) اور آوارہ گردی (fugues)۔

(۲) تاثری یا وجدانی تعامل والی قسمیں (affective reaction types) اِن کا مخصوص و ممیز سرسری خاصہ کیفیت مزاج (mood) یا کیفیت جذبات (affect) میں خرابی ہے، اور دوسرے علامات کم و بیش اس کا ساتھ دیتے ہیں۔ مثلاً مانیائی حالت میں بے انتہا شادمانی (فرحانیت) کے ساتھ

بہت بیقراری (جو اکثر چنچل پن کی قسم سے ہوتی ہے) اور تصورات کی پرواز (ضلع گوئی punning: اور تک بندی کے ساتھ) پائی جاتی ہے۔ پستی کی حالت میں غمگینی پیدا ہو جاتی ہے، جس کیساتھ بولنے اور کام کرنے میں سستی ظاہر ہوتی ہے (بطو) اور اکثر اوقات اپنی نالائقی اور خطاواری کے اور اپنے خاندان اور معاملات کی بربادی کے غمناک اختباطات بھی موجود ہوتے ہیں۔

حکشی مالیخولیا (involutional melancholia) پستی کی وہ قسم ہے جو زندگی کے تحکشی زمانے میں خاص طور پر ہوا کرتی ہے (گو صرف اسی زمانے میں نہیں) اور اس کے ممیز خصائص غمگینی (جو بجائے بطو کے بے قراری کے ساتھ ہوتی ہے)، بہت اندیشہ مندی، اور اعدامیتی (nihilistic) اور مراقی (hypochondriacal) تصورات ہیں۔

(۳) انشقاق الذہنی تعامل والی قسمیں (schizophrenic reaction types)۔ ان کے ممیز خصائص یہ ہیں کہ ماحول کے ساتھ کم و بیش نمایاں بے تعلقی کا اظہار ہوتا ہے اور سریری تصویر میں اندرونی تناقضات پائے جاتے ہیں۔ مریض تنہائی پسند اور بے پروا ہوتا ہے، وہ اپنی ایک علحدہ دنیا میں رہتا ہے، اس کی گفتگو کم و بیش بے ربط ہوتی ہے، اس کی مزاجی کیفیت اور خیالات اکثر باہم اتفاق نہیں کرتے۔ اس کے طور طریقے متلون، اضطراری یا عجوبہ پسند ہوتے ہیں۔ مہمل اختباطات اور توہمات (بالخصوص سمعی)، اور کوئی بیرونی اثر پڑنے کے احساسات موجود ہوتے ہیں۔

اس علائمیہ کے اندر ذیلی قسموں کی تفریق کرنا مصنوعی ہے، کیونکہ بیشتر اصابتیں کئی ایک ذیلی قسموں کے خصائص ظاہر کرتی ہیں۔ ان ذیلی قسموں میں سب سے زیادہ ممتاز زوال ذہنی (catatonia) ہے، جس میں جزبہوشی کا اور مزاحمت کے ساتھ وحشیانہ، اضطراری جوش و خروش تبادل کرتا ہے۔

(۴) جُنتہ (paranoia) اور جُنتہ آسا حالتیں۔ ان حالتوں میں نمایاں علامات ایذا رسانی کے، یا زیادہ شاذ صورتوں میں عظمت نفس کے کم و بیش منظم اختباطات ہوتے ہیں لیکن کوئی صریح جذباتی یا عقلی خرابی

نہیں ہوتی اور اختباطات اپنے اندر خاصہ ربط رکھتے ہیں، چنانچہ اگر بعض مقدمات مان لیئے جائیں تو ان سے ان اختباطات کا استنبط کرنا کم و بیش قرین عقل ہوگا۔

فتور عقل (paraphrenia) کو جنتہ سے معنوی طور پر اس طرح متفرق کیا گیا ہے، کہ اول الذکر میں توہمات موجود ہوتے ہیں۔ بحیثیت مجموعی اب یہ دستور ہو گیا ہے کہ ان اصابتوں کو کہ جن میں اختباطات اچھی طرح منتظم نہ ہوں، توہمات نمایاں ہوں، اور عام شخصیت میں اس سے زیادہ ابتری ہو گئی ہو کہ جتنی جنت میں، فتور عقل قرار دیا جائے، لہذا فتور عقل، بلحاظ جماعت بندی جنتہ اور جنت انشقاق الذہن کے بین بین ہے۔

(۵) عضوی تعامل والی قسمیں (organic reaction types) سمیات، سرایتوں اور عصبی انحطاطی اعمال کا نتیجہ ہیں۔ ان کی خاص ممیز خصوصیت وظایف عقلی (بالخصوص حافظ اور فہم) کا بگڑ جانا ہے، جس سے ماحول شناسی اور توجہ میں خامیاں پیدا ہو جاتی ہیں۔ اس حالت کی شدت گھٹتی بڑھتی رہتی ہے، جسے طناب ذہن کا نقص (mental tension defect) کہتے ہیں۔

مزید براں عضوی تعامل کی حادشکل (یعنی ہذیان) میں عموماً توہمات بھی ہوتے ہیں۔ مزاجی کیفیتوں کی خرابیاں بھی واقع ہو جاتی ہیں (مثلاً خوف ہذیان میں) اور آخر الذکر اور عقلی خرابی کی بنا پر طور طریقے میں تغیرات واقع ہوتے ہیں، چنانچہ مجموعی شخصیت میں نقص واقع ہو جاتا ہے، کم از کم مزمن شکلوں میں۔

(۶) صرع (epilepsy)۔ اس کا اہم ترین سریری خاصہ نوبتوں کا وقوع ہے، خواہ یہ کبیر ہوں یا صغیر، لیکن بعض اصابتوں میں کردار میں بھی ایک صرعی تغیر واقع ہو جاتا ہے، جو بین نوبتی زمانوں میں موجود ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ گاہے گاہے یا مسلسل طور پر بذاتہ ایک کم و بیش شدید عارضہ بن جائے۔ صرعی کردار نقلی طور پر خود غرضانہ، ملول اور سخت مذہبی ہوتا ہے، اگرچہ احساسات میں کوئی حقیقی گہرائی نہیں پائی جاتی، اور بہت سی اصابتوں میں توجہ، فہم اور حافظ کے عقلی نقائص موجود ہوتے ہیں۔ حادثی اختلالات بھی پستی، چڑچڑے پن، جوش و خروش اور وجد و بیخودی (ecstasy) کی شکل میں موجود ہوتے ہیں۔

اور نوبت کے فوراً بعد کے زمانے میں قسریہ افعال (automatic actions) سرزد ہوتے ہیں، جو بعض اوقات جسمانی تشدد یا دیگر خلاف معاشرت افعال (مثلاً دن دھاڑے چوری کرنے اور بے حیائی کے ساتھ بدن کو برہنہ کرنے کے افعال) کی شکل اختیار کر لیتے ہیں۔ صرع کا عام بیان پہلے درج ہو چکا ہے۔

(۷) نفسی مرضی تعامل والی قسمیں (psychopathic reaction types):- ان حالتوں کی نمایاں خصوصیت یہ ہے کہ تقریباً عمر بھر مریض کے جذبات 770 بے ثبات رہتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ کبھی کبھی سنکی، خلاف معاشرت یا اضطراری طرز عمل کا مرتکب ہوتا ہے۔ ان مریضوں میں دوسری قسموں کی ذہنی خرابیاں بھی جلد نمودار ہو کر اسی قدر جلد رفع بھی ہو جاتی ہیں۔

(۸) کم ذہنی (mental deficiency)۔ اس گروہ میں وہ تمام افراد شامل ہیں جو پیدائش سے یا اوائل عمر ہی سے عقلی قلت (intellectual deficiency) میں مبتلا ہوں، جس کی تعریف ۱۹۱۳ء اور ۱۹۲۷ء کے قوانین کم ذہنی (Mental Deficiency Acts of 1913 & 1927) میں بیان کی گئی ہے۔

امراض النفس کے امتحان کے طریقے

ذہنی اختلال، اس اصطلاح کے کل مفہوم میں معاشرتی توافق کا ایک نقص ہے، اور چونکہ طبی امتحان بھی ان متعدد معاشرتی موقعوں میں سے ایک موقع ہے کہ جن سے مریض کو توافق حاصل کرنے کی کوشش کرنی پڑتی ہے، لہذا امتحان کرنے والے طبیب کو مریض کے علامات میں سے محض کچھ جز کو دیکھنے کا موقع ملتا ہے۔ لہذا اس کو ان تمام معلومات کا پورا لحاظ کرنا چاہیئے جو دوسرے ذرایع سے، اور دوسرے حالات (مثلاً گھر، مدرسہ، رفقا وغیرہ) میں مشاہدہ کرنے والوں سے حاصل ہو سکتے ہوں۔ اس میں اور جو کچھ عام طب میں واقع ہوتا ہے صرف درجے کا فرق ہے، کیونکہ عام طب میں بھی علامات والامارات یا تو امتحان کے وقت دریافت کر لئے جاتے ہیں یا براہ راست

مریض سے سوال کرنے پر امراض النفسی مریضوں کی صورت میں اکثر اوقات ملاقات کے وقت کوئی ایسی بات جو صاف طور پر غیر طبعی ہو بہت کم معلوم ہو سکتی ہے۔ مریض کا غیر طبعی طرزِ عمل مخصوص حالات و ماحول کے لیے محفوظ ہوتا ہے بالکل اس شریر بچے کی طرح جو گھر پر تو ایک سخت گیر ہوتا ہے مگر مدرسے میں فرشتہ صفت پایا جاتا ہے۔ اس کے برعکس یہ ہے کہ ذہنی مریض کے امارات بھی اکثر اسی قدر معیّن ہوتے ہیں جس قدر کے طبعی مرض کے امارات، بشرطیکہ ہمیں یہ معلوم ہو کہ انھیں کیونکر ظاہر کیا جا سکتا ہے۔ مندرجۂ ذیل اسکیم امتحان کا ایک باترتیب نظام پیش کرتی ہے۔ جب کسی مریض پر اس کا اطلاق کیا جائے تو نتائج کو آخر میں ایک جدول کی شکل میں درج کرنا چاہیئے اور ان سے استنتاج کرنا چاہیئے۔

شاید امتحان کا اہم ترین فریضہ یہ ہے کہ مریض سے گفتگو کرائی جائے۔ مخصوص اور معیّن سوالات کرنے کے متعلق یہ سمجھنا چاہیئے کہ وہ ایک اختصار العمل ہے جسے صرف اسی صورت میں اختیار کرنا چاہیئے کہ مریض کے خود بخود گفتگو کرنے سے کچھ مزید فائدہ نہ ہو یا ایک منظم طریقہ ہے جس کی مدد سے مریض سے اسی ونصب پر گفتگو کرائی جا سکتی ہے جسے تجربہ نے نتائج اخذ کرنے کے لیے نہایت کارآمد ثابت کیا ہے۔

مندرجۂ ذیل خاکہ تقریباً ہر ایک قسم کی ذہنی اصابت پر صادق آنے کے لیے تجویز کیا گیا ہے۔ یہ اس کی نسبت زیادہ یکسانیت کے ساتھ تفصیلی ہے کہ غالباً ایک انفرادی مثال میں ہونا چاہیئے۔ یہ صرف تجربہ سے معلوم ہوگا کہ کسی خاص مثال میں کن واقعات پر زور دینا چاہیئے۔

سرگذشت مرض

شکایات۔ ابتدا اس سے کرنی چاہیئے کہ مریض کی شکایات کی فہرست خود مریض سے حاصل کی جائے یا اس مریض کی حالت میں جو اس امر میں تعاون نہ کرے اس کے رشتہ داروں یا دوستوں سے آخر الذکر اصحاب کی ملاقات میں

احتیاط اور غور سے کام لینا چاہیئے، ممکن ہے کہ ان کا بیان مریض کے بیان سے نہایت مختلف ہو، ایسے اختلافات بذاتِ خود معنی خیز ہوتے ہیں۔ یہ ضروری ہے کہ پہلے ہی سے یہ خیال دل میں نہ بٹھا لیا جائے کہ رشتہ داروں کا بیان لازمی طور پر خود مریض کے بیان کے نسبت زیادہ قابلِ اعتماد ہے۔ جب غیر طبعی امور کی موجودگی کا شبہ ہونے کی کوئی وجہ ہو تو مخصوص موضوع جن کے متعلق دریافت کرنا ضروری ہے حسبِ ذیل ہیں:۔ خودکشی کی کوششیں، غصہ یا تشدد کا اظہار، الکحلیت، کاہلی، بستر میں دیر تک لیٹے رہنے کا رجحان اور علیٰ ہذا القیاس۔ بالعموم ان امور کے متعلق واقفیت مریض کے نسبت اس کے رشتہ داروں سے زیادہ
آسانی کے ساتھ حاصل ہو سکتی ہے۔ 771

موجودہ علالت کی سرگذشت۔ موجودہ علالت کی سرگذشت احتیاط کے ساتھ ترتیب زمانی کے لحاظ سے اگر ممکن ہو تو خود مریض سے حاصل کرنی چاہیئے۔ نفسیاتی طب میں عمدہ اصول یہ ہے کہ علالت کی ظاہری ابتدا پر اعتماد نہ کیا جائے بلکہ اس سے ماسبق حوادث کی تلاش کیجائے۔ اکثر ایسا اتفاق ہوتا ہے کہ ایک اصابت میں جس کا ناگہانی طور پر شروع ہونا بیان کیا جاتا ہے، عرصہ دراز سے علامات منذرہ موجود تھے۔ بالخصوص یہ امر نہایت اہم ہوتا ہے کہ موجودہ علالت کا آغاز کس فضا میں ہوا مزید برآں خود گھر میں، کاروبار میں، مالی حالات اور ذاتی تعلقات میں عاملاتِ سجلّ کی موجودگی کے امکانات کو خبرداری کے ساتھ ملحوظ خاطر رکھنا چاہیئے۔

ذاتی سرگذشت۔ ان وجوہات اور دوسرے وجوہات کی بنا پر شخصی سرگذشت کا بیان کسی قدر وضاحت کے ساتھ نہایت ضروری ہے۔ مندرجۂ ذیل عنوانوں کے تحت منظم طور پر تحقیقات کرنا چاہیئے۔

(الف) **قبل پیدائش حالات** میں استقرارِ حمل اور حمل کے زمانہ میں خاندان کی صحت، عادات اور معاشرتی حالات (الکحل، ادویہ، آتشک، تدرن، اور والدین کے مزمن امراض عمومی طور پر شامل ہیں۔

(ب) **پیدائش کے وقت کے حالات** ایسے ہوتے ہیں

جیسے کہ وضع حمل کی نوعیت (اطالت پذیر، آلتی، پیچیدہ، قبل از میعاد)، غیر معمولی مقدار میں اختناق یا جمجمہ کا حقیقی تضرر واقع ہونا۔ (الف) اور (ب) سے برمحل اور مناسب معلومات حاصل ہونے کا زیادہ امکان اوّلی ذہنی نقص کی اصابتوں میں ہوتا ہے۔

(ج) پیدائشی مواہب اور بعد از پیدائش نمو۔

(۱) جسمانی۔ عام صحت کے متعلق دریافت کرنا چاہیئے کہ آیا مریض بچپن میں صحت مند رہتا تھا یا کمزور اور بیمار سا تھا، اس زمانے کے بعد اس کو نوعی امراض کیا کیا ہوئے، اور اس نے اپنی جسمانی حالت پر کس قدر توجہ مبذول کی (آیا اس کی ماں اس کی علالت کے متعلق کوئی غیر معمولی توجہ ظاہر کرتی تھی اور غذائی اور دوسری قسم کا شوق ظاہر کرتی تھی)۔ عام نشو و نمو کے متعلق دریافت کرنا چاہیئے (مثلاً دانت نکلنے، چلنے اور بولنے کے زمانوں، عضلاتِ عاصرہ (sphincters) پر اقتدار (تر بستری)، سن بلوغ، اور نیند کی عادت اور مقدار کے متعلق)۔ کام کرنے کی عام عادتوں کے متعلق بھی دریافت کرنا چاہیئے (آیا مریض شگفتہ مزاج تھا یا پرسکون طبیعت رکھتا تھا، تیز اور پھرتیلا تھا یا کاہل الوجود، چست و چالاک تھا یا سست)۔ عصبی مظاہر کے متعلق بالتفصیل دریافت کرنا ضروری ہے، مثلاً تشنجات، مقامی تشنج، قلص (سر گردانی یا سر پیش جنبانی، جنبی خاری، ناخن گزی)، زیادہ رونے یا چلانے، مشی فی النوم، بے خوابی اور اندھیرے سے ڈرنے کے متعلق۔

(۲) عقلی۔ اس میں مدرسہ کا ریکارڈ شامل ہے، جس سے یہ معلوم ہو کہ مدرسہ چھوڑنے کے وقت مریض کونسی جماعت میں تھا اور اس کی کیا عمر تھی، اس کی عام لیاقت کیسی تھی، اور آیا وہ مخصوص مضامین میں کوئی خاص قابلیت یا کمی ظاہر کرتا تھا۔ مدرسے کے بعد کی تعلیم نوٹ کرنی چاہیئے، بالخصوص اس لحاظ سے کہ آیا اس کو اس کے مواقع حاصل تھے یا آیا اس کو اس کی آرزو تھی۔ بالغ کی عقل کا اظہار بالخصوص پیش بینی کرنے، نظام عمل تیار کرنے، خیالات کو یکسو کرنے کی قابلیت، اور مختلف اقسام کی دلچسپیوں (ادبی، سائینٹفک،

فنی یا صنعتی وغیرہ) میں ہوتا ہے۔ جہاں پس ماندگی کا کوئی شبہ ہو ذہانت کی تخمین کر لینی چاہئیے۔ (بنے سائمن کے پیمانہ Binet-Simon scale: کی ٹرمنی ترمیم Terman modification: جو برطانوی بچوں کے لیے متوافق کر لی گئی ہے نہایت سہولت بخش ہے۔ اس کے ضروری فارم جی۔ ہیراپ اینڈ سنز G. Harrap & sons: نے شائع کر دیئے ہیں، لیکن اس طریقے سے معتبر نتائج صرف وہی لوگ حاصل کر سکتے ہیں جو اس کے استعمال کے عادی ہوں)۔

(۳) جذباتی ۔ ان جذباتی تعاملات کے متعلق خاص طور پر دریافت کرنا ضروری ہے جو مریض بچپن کے زمانے میں اور بعد میں نمایاں طور پر ظاہر کر چکا ہو۔ کیا وہ بزدل، فکرمند، خوش مزاج یا سنجیدہ مزاج، ملول یا مطمئن، یا پریشان رہنے کا عادی تھا؟ کیا اُسے غصہ کا ہیجان ہوا کرتا تھا؟ کیا وہ بہ آسانی غمگین یا بہ آسانی شاداں و فرحاں ہو جاتا تھا؟ کیا وہ کسی چیز سے کوئی غیر معمولی دلچسپی رکھتا تھا، مثلاً مذہب سے؟ کیا وہ ایعاذ پذیر تھا۔ یہ وہ موضوع ہیں جن کے متعلق فدرتی طور پر نہایت احتیاط کے ساتھ واقفیت حاصل کرنی پڑتی ہے اور بہترین طریقہ یہ ہے کہ جوں جوں مریض کے ساتھ شناسائی بڑھتی جائے ان کے متعلق بتدریج دریافت کیا جائے۔

(۴) نفسی صنفی ۔ جہاں اس کی ضرورت سمجھی جائے، مندرجۂ ذیل میں سے بعض امور کے متعلق دریافت کرنا چاہئیے، لیکن نہایت حکمت عملی کے ساتھ۔ اس امر کے متعلق تحقیق کرنی چاہئیے کہ مریض کو صنفی معلومات ابتداءً اور بعد میں کس ذریعے سے حاصل ہوئیں اور ان کی نوعیت کیا تھی۔ اسی طرح یہ بھی معلوم کرنا چاہئیے کہ صنفی شوقِ تجسس کے ابتدائی ظواہر کیا تھے؟ جلق کا شوق کس زمانہ میں تھا؟ مریض صاف گو تھا یا شرمیلا؟ کیا کوئی صنفی تضلال موجود ہیں؟ اپنی صنف یا صنف مقابل کے ساتھ اُس کا برتاؤ کیسا ہے، یہ اس کی دلبستگیوں سے اور عشق و محبت کے واقعات اور اُن کے نتائج سے، شادی کے متعلق اس کے رویہ سے اور تجربوں کے رجحانات

سے معلوم ہو جائے گا۔

(۵) معاشی۔ یہ اہم ہے کہ مریض نے معاشی آزادی کس حد تک حاصل کر لی ہے۔ اس نے کن کن خدمات پر کام کیا ہے؟ ایک خدمت چھوڑ کر دوسری خدمت کیوں اختیار کی؟ ان پر اس کی عام کارکردگی کس نوعیت کی تھی؟ اور معاوضہ یا تنخواہ کیا تھی؟ ان تفصیلات سے ایک مفید معروضی اساس حاصل ہوتی ہے جس کی بنا پر یہ اندازہ لگایا جا سکتا ہے کہ عام معاشرتی توافق حاصل کرنے میں مریض کو کس درجہ تک کامیابی حاصل ہوئی ہے۔

(۶) معاشرتی خاندانی ماحول بڑی اہمیت رکھتا ہے۔ والدین کے مزاج اور خصائل کے متعلق حتی الامکان قریبی تحقیقات کرنی چاہیئے، اسی طرح 772 ان بھائیوں اور بہنوں کے مزاج اور طبیعت کے متعلق جن کے ساتھ مریض قریبی طور پر مانوس تھا۔ یہ بھی دریافت کرنا چاہیئے کہ آیا مریض کسی ایک یا دوسرے کو زیادہ پسندیدگی کی نظر سے دیکھتا تھا؟ اسی طرح یہ بھی اہم موضوع ہیں کہ مدرسہ کس قسم کا تھا؟ اور مریض دوسروں (استادوں، آقاؤں، رفیقوں) کے ساتھ کس حد تک نباہ کر سکتا تھا۔

شخصیت ۔ علالت سے پہلے مریض کی سرگذشت کے معلومات جو اس طرح حاصل ہوں، ان کی بنا پر یہ رائے قایم کی جا سکتی ہے کہ ایک فرد کی حیثیت سے اور سوسائٹی کے ایک رکن کی حیثیت سے مریض کا کس طرح نشوونما ہوا۔ ہمیں معلوم ہو جاتا ہے کہ اس کو کیا کیا رکاوٹیں پیش آئیں اور ان کو دور کرنے میں وہ کس حد تک کامیاب رہا۔ نیز یہ کہ اس کو کیا کیا مواقع حاصل ہوئے، اور اس نے ان سے کس طرح فائدہ اٹھایا۔ اس سے نہ صرف مریض کی سرگذشت حاصل ہو جاتی ہے، بلکہ اس کی "شخصیت" کا تصور بھی قایم کیا جا سکتا ہے۔ علم امراض النفس میں شخصیت ایک اہم نکتہ ہے۔ یہ کسی فرد کے کردار و مزاج کے خصائص کا محض حاصل جمع نہیں ہے، بلکہ ایک عملی اور مربوط وحدت ہے۔ ہمیشہ پایا گیا ہے کہ کسی فرد کی شخصیت میں اور اس ذہنی عارضہ کی قسم میں جو اسے لاحق ہو جاتا ہے، اکثر ایک نوعی تعلق ہوتا ہے۔

شخصیت کے نہایت صاف و صریح اقسام یہ ہیں: ہم اسلوبی یا دوری جنونی (syntonic or cyclothymic)، انشقاق آسا (schizoid)، جنت آسا (paranoid)، ہسٹیریائی یا غلو ما نیائی (hysteric or mythomanic)، اور صرعی (جس کی اہمیت میں اختلاف رائے ہے) مزید برآں مشاہدہ کیا گیا ہے کہ ذہنی علالت کی بیشتر اصابتوں کی رفتار کا انحصار بڑی حد تک اس شخصیت پر ہوتا ہے جو علامات ظاہر ہونے سے پہلے مریض کی ملکیت تھی ۔ مریض جس قدر بہتر نفسی جوہر سے بنا ہوا ہے، اُسیقدر اسکی صحت یابی اچھی ہوگی، بالکل اُسی طرح جس طرح کہ جسمانی امراض میں جبلی مدافعت بڑا اثر رکھتی ہے ۔ اسی واسطے اس امر کا جاننا نہایت ضروری ہے کہ بیماری سے پہلے مریض کو زندگی کے جو مختلف مسائل پیش آئے اُن کا حل اس نے کس طرح کیا۔ اس لئے اپنی مشکلات کا مقابلہ سیدھے سچے طریقے سے اور عزم بالجزم کے ساتھ کیا، یا وہ حیلے حوالے کرنے والا بزدل، ڈرپوک، یا سریع الحس تھا، یا جلد پست و پریشان ہوجاتا تھا؟ جب معاملات میں خرابی واقع ہوجاتی تو آیا مریض بجائے خود کو الزام دینے کے دوسروں کو الزام دینے کا رجحان رکھتا تھا، یا بجائے کام کرنے کے زیادہ تر خیالی پلاؤ پکایا کرتا تھا؟ اور آیا اس مریض (یا مریضہ) کو اپنے دکھ درد کو بہت بڑھا کر بتلانے کی، یا دوسرے امور میں مبالغہ آمیز خود نمائی کی عادت تھی؟ یہ تفتیش کے بیشمار طریقوں میں سے محض چند ہیں، جن سے نہ صرف مریض کا بحیثیت ایک بنی نوع انسان کے تصور قایم کرنے میں بلکہ متعدد علامات کی اہمیت سمجھنے میں مدد ملتی ہے ۔ قدرتی طور پر اس قسم کی تحقیقات داء النفس کی "دروں زاد" قسم میں جو زیادہ تر شخصیت کے اندر سے نمویاب ہوتی ہے (مثلاً جنت میں) اس سے زیادہ اہم ہے کہ جتنی ان قسموں میں جو باہر سے ضربہ کے باعث پیدا ہوجائیں (جیسے کہ سرایتوں مثلاً آتشک میں جو عمومی شلل پیدا کردے)۔

ذہنی امتحان

(۱) عام وضع قطع اور رنگ ڈھنگ ۔ اس کو جاننے کے لیے مریض کا

براہ راست مشاہدہ کرنا چاہئے۔ مندرجۂ ذیل امور قابل توجہ ہیں:۔ (۱) چہرہ کیا کچھ جذبات ظاہر کرتا ہے یا نہیں، مثلاً یہ اداس، غمگین، فکرمند یا خوف زدہ ناخوش فرحاں، روحانی یا وجد میں معلوم ہوتا ہے، یا سست، بے التفات، بطئی التاثر یا چہرہ پوشس نما ہے۔ (۲) لباس۔ بعض مریض بے پروا اور میلے کچیلے ہوتے ہیں، اور بعض اپنے لباس کے متعلق حد سے زیادہ اہتمام کرتے ہیں یا بانکپن اور خودنمائی پسند کرتے ہیں۔ (۳) عام پھرتی۔ بعض مریض معمول سے کم پھرتیلے ہوتے ہیں، مزید برآں ممکن ہے کہ ان کی نقل و حرکت میں سستی ظاہر ہو (ابطا)۔ دوسرے مریض حد سے زیادہ پھرتی ظاہر کرتے ہیں (نفسی حرکی تحریک psychomotor excitement)، جو ان کی اس کیفیت مزاج کے مطابق ہوتی ہے جو کہ اس وقت موجود ہوتی ہے، مثلاً خوف یا اندیشہ کی حالت میں ہاتھوں کا ملنا۔ بہت سے مریض عجیب و غریب یا خاص قسم کی فعالیت ظاہر کرتے ہیں، مثلاً معین قسم کی حرکات (stereotyped movements) اور ہیئتیں، متواتر نقالی (echopraxia) (جو کچھ دوسرے کر رہے ہیں اسے دیکھ کر خود بخود اس کی نقل اتارنا)، ادا ہیئتیں (mannerisms)، مومی شکل پذیری (flexibilitas cerea) (مومی لچک، مریض کے جوارح ایک غیر معین عرصہ تک اسی وضع میں رہتے ہیں جس میں ممتحن نے انھیں رکھا ہے)۔ وظیفہ کے مقامی اختلالات، جیسے کہ تقلص (tic) یا رعشہ، کرختگی، تشکل یا غیر طبعی رفتار کو بھی نوٹ کرنا چاہئے۔ (۴) گفتار (مع گفتگو کی روانی اور نطق کے اختلالات (عسر الکلام = dysarthria، اور حبسی = aphasic اختلالات کے)۔ لفظ بہ لفظ نمونے لینا اہم ہے، بالخصوص اس کلام کے جو مریض خود بخود بولے۔ (الف) ممکن ہے کہ مریض اپنی گفتگو میں ایک موضوع سے دوسرے موضوع پر بظاہر اوپری ائتلاف کے ذریعے بہ سرعت منتقل ہو جائے ("پرواز خیال")، یا ممکن ہے کہ محض گفتگو کا سیلاب ہو (یعنی بسیار گوئی ہو) مگر موضوع جلد نہ بدلا جائے، یا تفصیلیت (circumstantiality) ہو (یعنی ایسی گفتگو جس میں مسز نکلبی Mrs. Nickleby: کی گفتگو کی طرح تفصیلات کی بھرمار ہو)۔ یا بالطور سست گفتاری

یا انسداد ہو یعنی بولتے بولتے دفعتہً از خود رک جانا) اور بے ربطی کے جملہ مدارج ہوں حتیٰ کہ "لفظی سلاد" ("word-salad") یا "خلط الفاظ" ("verbigation") (یعنی الفاظ بالعموم اسماء ذات = substantives کا سطحی طور پر بے معنی تسلسل ہے۔ (ب) بعض مریضوں میں بکم (mutism) (صاف تلفظ اور سرگوشی دونوں قسم کی گفتار کی غیر موجودگی کی شکایت (جس کے ساتھ لکھنے کی قابلیت ہو یا نہ ہو) موجود ہوتی ہے، بالخصوص ذہول (ہر قسم کے تہیجات کی مجیبیت کے فقدان) کے ایک جزو کے طور پر۔ (ج) نطق کا اختلال آدابی لہجہ (mannered intonation) کے طور پر مثلاً مجوبہ جنتیوں (fantastic paronoies) میں، یا انقطاعت (slurring) اور لغزش لفظی (syllable-stumbling) کے طور پر شلل عمومی میں واقع ہوتا ہے۔ (د) حبسی اختلالات (aphasic disorders)، اگر موجود ہوں تو ان کے لیے عصبیاتی فصل میں بیان کئے ہوئے طریقوں کے ذریعے خاص تحقیقات کی ضرورت ہوتی ہے۔ (۷) تحریر۔ اس کا ایک نمونہ عصبیاتی امتحان کے ایک جز کے طور پر ہمیشہ لے لینا چاہیئے، لیکن بولی ہوئی گفتگو کی غیر موجودگی میں بعض اوقات تحریر میں معلومات حاصل کرنا ممکن ہوتا ہے، اور پھر یہ انتہائی درجہ کی اہمیت رکھتی ہے۔ ناقابلیت تحریر کے ساتھ گفتار کی غیر موجودگی یا نقص دو طرح کا ہوتا ہے: (۱) یہ عضوی ضرر کے بغیر ہوتا ہے، بکم (mutism) کے طور پر، جس کا انحصار مریض کے اس عقیدہ پر ہوتا ہے کہ مجھے بولنا نہیں چاہیئے یا میں بول نہیں سکتا، یا بے صوتی (aphonia) کے طور پر، جس کا انحصار اعمال القوت کے وظیفی شلل پر ہوتا ہے۔ (۲) یہ عضوی ضرر کے ساتھ ہوتا ہے، جب کہ وقت تحریر کسی حبسی یا عسر الکلامی عارضہ کا ایک جز ہو۔

(۲) ماحول کے ساتھ کس حد تک تعاون (ماحولی ارتباط = rapport) موجود ہے؟ طبی امتحان، علاج، عام اہتمام، اور انذار کے لحاظ سے یہ دیکھنا نہایت اہم ہے کہ کس حد تک تعاون موجود ہے۔ بعض مریض کھانا کھانے سے اور بعض دوا لینے سے انکار کر دیتے ہیں۔ بعض طبیب سے

نہیں ملنا چاہتے اور بعض شفا خانہ جانے سے انکار کر دیتے ہیں۔ ذہنی مریضوں میں اور دوسرے بیشتر مریضوں میں یہ فرق ہوتا ہے کہ اول الذکر میں سے بہت سے یہ اعتراف نہیں کرتے کہ ہم کسی معنی میں بھی بیمار ہیں۔

(۳) **خود مریض کا بیان**، اُن واقعات کے متعلق جو موجودہ حالت پر منتج ہوئے بے انتہا اہمیت رکھتا ہے۔ مریض کو ترغیب دینی چاہیے کہ وہ خود اپنا حال کہے ممکن ہے کہ وہ خود بخود اپنا حال بیان کرنے لگے (ایسی صورت میں لفظ بہ لفظ نوٹ لینے پہلے ہی حاصل کر لیے گئے ہوں گے)، اور اس میں صرف کبھی کبھی درمیان میں ایک آدھ سوال کرنے کی ضرورت پیش آئے۔ یا ممکن ہے کہ مریض صرف سوالات کے جواب میں اپنا بیان دے۔ ابتدا سادہ ترین سوال سے کرنی چاہیے اور لفظ بہ لفظ نوٹ کرنا چاہیے) مثلاً اس طرح کہ "آپ کا کیا نام ہے؟ آپ کا پیشہ کیا ہے؟" ممکن ہے کہ مریض کی توجہ اُسی سوال کو دُہرانے کے بعد حاصل ہو (مثلاً مشغول ذہنی میں، اور بعض عضوی حالتوں میں)۔ جوابات کی مناسبت کو دیکھنا چاہیے۔

(۴) **فعالیت**، موضوعی لحاظ سے (کیونکہ معروضی معطیات شق (۱) سے حاصل ہو چکے ہیں) "کیا تم کام اُسی قدر اچھا کر سکتے ہو جتنا کہ پہلے کرتے تھے؟" (عدم کفایت احساس)، "کیا تمہیں کسی کام کا آغاز کرنے میں دقت پیش آتی ہے؟" (ابتدائی بطوء)۔ "کیا تم اپنا کام کرنے کے لیے خود کو قابل سمجھتے ہو؟" سوالات ہر اصابت کی مناسبت کے لحاظ سے مختلف ہونے چاہئیں۔ ممکن ہے کہ ایک حد سے زائد فعال فرحاں مریض پر مندرجہ بالا سوالات کا محض یہ اثر ہو کہ جب اسے پوچھا جائے "کیا تم اپنا کام بآسانی کر سکتے ہو"، وغیرہ، تو وہ برافروختہ ہو جائے۔

(۵) **تاثری حالت (مزاجی کیفیت** = mood) کا اندازہ حسبِ ذیل طریقوں سے کیا جا سکتا ہے:-

(الف) طلعت اور برتاؤ کے مشاہدہ سے۔

(ب) خود بخود بیان کردہ حال، مثلاً خوشی، خوف یا پستی کے متعلق (جس کا اظہار اکثر براہ راست ایسے الفاظ سے کیا جاتا ہے، جیسے کہ

"طبیعت پست" یا "بدمزہ" ہے' یا بالواسطہ طور پر اس طرح کہ "کوئی دلچسپی نہیں معلوم ہوتی" وغیرہ وغیرہ) تاہم اکثر براہ راست دریافت کرنے کی ضرورت لاحق ہوتی ہے۔ جذبات کی زبان افسوس ناک طور پر ناقص ہے' اور بہت کم مریض ایسے ہوتے ہیں جو اپنی تاثری حالت بیان کرنے کا ملکہ رکھتے ہیں' خواہ الفاظ ان کے سامنے پیش ہی کیوں نہ کر دیئے جائیں۔

(ب) **راست استفسار**۔ بہترین طریقہ یہ ہے کہ عام سوالات سے ابتدا کی جاتی ہے' مثلاً یہ کہ "کہئے کیسا معلوم ہو رہا ہے؟" "مزاج کی کیا کیفیت ہے؟" "طبیعت کی امنگ کا کیا حال ہے؟" اگر ان سوالات سے کوئی تشفی بخش حال نہ معلوم ہو تو ایسے مختلف الفاظ بتلانا مفید ہوگا جو مزاج کی کیفیت کو ظاہر کرنے والے ہوں' تاکہ مریض ان میں سے کوئی لفظ جو مناسب حال ہو منتخب کر سکے۔ مثلاً "کیا تم اداس' یا خوش' یا خوف زدہ' یا فکر مند ہو؟" یہ معلوم کرنا اہم ہے کہ مریض کو اپنی تاثری حالت کے غیر طبعی ہونے کے متعلق کس درجہ تک بصیرت حاصل ہے۔ "تم کیوں افسردہ خاطر' پست" (فکر مند) "وغیرہ ہو؟" "کیا تمہاری پستی حق بجانب ہے؟" بالخصوص پستی کی مزاجی کیفیتوں میں مریض اس کے ناقابل ہوتا ہے کہ دوسروں کے احساسات کی جذباتی محبیت کرے' یا ان کے احساسات میں شریک و ہمنوا ہو۔ ممکن ہے کہ یہ مریض کے لیے تکلیف دہ چیز ہو اور یہی اس کی خاص شکایت ہو۔ ممکن ہے کہ مریض کو اشیاء کی بے حقیقتی کا احساس ہو' وہ یہ جانتا ہے کہ اشیاء سچ مچ موجود ہیں' لیکن اپنی جذباتی محبیت کے فقدان کی وجہ سے یہ محسوس نہیں کر سکتا کہ وہ موجود ہیں۔ 774

(ج) **تاثری یا مزاجی کیفیتوں کا اتار چڑھاؤ**۔ اکثر ایک دی ہوئی تاثری حالت میں وقتاً فوقتاً اشتدادات ہوتے رہتے ہیں۔ پست مزاج مریض عموماً صبح کے وقت اپنی حالت اور زیادہ خراب پاتے ہیں۔ تشویش اکثر حملوں کی صورت میں لاحق ہوا کرتی ہے۔ پستی کی گہرائی میں اسقدر اختلاف عظیم ہوتا ہے کہ ممکن ہے کہ چند گھنٹوں کے ایسے وقفے ہوں' بالخصوص شام کے وقت' جب کہ مریض تقریباً طبعی حالت میں نظر آتا ہے اور وہ خود بھی یہی محسوس کرتا ہے تاوقتیکہ ہم

ہمیشہ خبردار اور محتاط نہ رہیں یہ اختلاف نہایت مغالطہ دہ ہوسکتا ہے۔

ہنسنا یا رونا غیر معمولی آسانی کے ساتھ ہوسکتا ہے، اور ممکن ہے یہ اس اثر کی مناسبت سے ہو جس کا غلبہ ہے، مثلاً مانیائی جوش وخروش میں، یا پستی کی حالت میں، اگرچہ اکثر ایک پست مریض مثلاً یہ شکایت کرتا ہے کہ مجھے رونا نہیں آتا۔ یا ممکن ہے کہ ہنسنا یا رونا بلا کسی مناسبت کے ہو، یعنی بلا کسی تناظر تاثر کے، کسی ایسے موقع پر جو ایک مختلف قسم کی جذباتی مجیبیت کا مقتضی ہو۔ ممکن ہے وہ اس کی بصیرت رکھتا ہو جیسے کہ بعض عضوی (بالخصوص شریان صلابتی) حالتوں میں۔ دوسری حالتوں میں (نفس زاد افتراق= psychogenic dissociation، جیسے انشقاق الذہن= schizophrenia میں) مریض اس تناقض کی کوئی بصیرت ظاہر نہیں کرتا۔

وہ نوعی تعاملی رجحانات جو تاثری حالت سے پیدا ہو جاتے ہیں، تشخیص اور علاج کے نقطۂ نظر سے بڑی عملی اہمیت رکھتے ہیں۔

خودکشی کی خواہشیں یا اس کے حقیقی اقدامات، جو عموماً پستی کے ایتلاف میں ہوتے ہیں، اور جارحانہ افعال (قاتلانہ) یا رجحانات، جو ناگہانی ہیبت اور خوف یا مرضی غیض وغضب یا ایذارسی کی حالتوں میں پائے جاتے ہیں، ان کے متعلق مریض اور اس کے دوستوں، دونوں سے نہایت احتیاط کے ساتھ دریافت کرنا چاہئے۔ یہ بہتر ہے کہ پستی کے مریض کو اپنے خودکشی کے خیالات کا اظہار کرکے اپنی طبیعت کو ہلکا کرنے دیا جائے، بہ نسبت اس کے کہ طبیب اس غلط خیال کی بنا پر کہ میری گفتگو سے ایسے مریض کو خودکشی کے خیالات سوجھیں گے وہ دریافت ہی نہ کرے اور اس طرح غیر ضروری اشتباہ میں رہے۔

خیالاتی مافیہ اور مزاجی کیفیت دونوں کی موافقت یا عدم موافقت کا اندازہ اس شق اور شق (۶) پر غور کرنے سے ہوسکتا ہے۔ صریح ناموافقت ایک تشویشناک قسم کے عارضہ (انشقاق الذہن= schizophrenia) پر دلالت کرتی ہے۔ مثلاً ممکن ہے کہ ایک مریض کو نہایت پریشان کن خیالات اور نہایت ڈراونے توہمات ہوں اور پھر بھی وہ غیر متاثر سا اور بے پروا نظر آئے۔ یا ممکن ہے کہ کوئی بری خبر،

مثلاً کسی عزیز کی موت کا حال سن کر یا تو بے پروائی ظاہر کرے یا غیر معتدل طور پر قہقہہ لگائے۔

(۶) **خیال** میں سوچنے کا موضوعی تجربہ اور سوچنے کی شکل شامل ہیں جیسے اس کے **مافیہ** سے متفرق کرنا چاہیئے۔ آخرالذکر یہ ہے کہ مریض کیا بیان کرتا ہے۔ اول الذکر یہ ہے کہ وہ اسے کس طرح بیان کرتا ہے۔

(الف) **موضوعی تجربہ**۔ "کیا سوچنے کا عمل پہلے کے نسبت زیادہ آسان یا زیادہ مشکل زیادہ تیز یا زیادہ سست ہے؟ کیا تم خیالات کو یکسو کر سکتے ہو" خیالات کو یکسو نہ کر سکنا نقصِ توجہ (نیچے ملاحظہ ہو) کی وجہ سے ہو سکتا ہے، جیسے کہ ذہنی تعامل کی عضوی قسم میں۔ سلسلہ خیال قائم رکھنے کی قابلیت کے امتحان کا ایک سادہ اور کار آمد طریقہ یہ ہے کہ مریض سے کہا جائے کہ سنتوایس سے یکے بعد دیگرے سات سات منہا کرتا جائے یہاں تک کہ کچھ باقی نہ رہے۔ یکسوئی کا فقدان عام طور پر اس امر کا نتیجہ ہے کہ مریض کی توجہ شخصی معاملات (تفکرات وغیرہ) میں منہمک رہتی ہے۔

(ب) **شکل**۔ خیال کی شکل کا تغیر مریض کی گفتگو سے مستنبط کیا جاسکتا ہے، ہر درجہ کا عدم تسلسل پایا جاسکتا ہے، حتیٰ کہ غیر مربوطیت۔ یہ بھی ممکن ہے کہ مریض معمولی الفاظ کو اپنے ہی رمزی معنی پہنا لے، یا نئے نئے الفاظ ایجاد کرلے (مہمل کلامی = **neologisms**)۔

(ج) **مافیہ**۔ عام تحقیقات میں ایسے سوالات شامل ہیں جیسے کہ "کیا تم کسی امر کے متعلق پریشان ہو؟" "کس چیز کے متعلق؟" "کیا تمھیں کوئی غیر معمولی تجربات پیش آئے ہیں؟" "کیا تم نے محسوس کیا ہے کہ لوگ تمھیں نگاہ میں رکھتے ہیں یا تمھارے متعلق باتیں کرتے ہیں؟ (خیالات اشارہ)۔ ایذارسی کے (اختناطی) رجحانات کے متعلق دریافت کرنا چاہیئے، ابتداءً بلاواسطہ طور پر "کیا کوئی تمھارے ساتھ بری طرح پیش آتا ہے؟" "کیا اس میں کوئی سازش کی گئی ہے؟" "تم ایسا کیوں سمجھتے ہو؟" تعلی اور تفاخر کا رجحان، اگر موجود ہے تو یہ عموماً دورانِ گفتگو میں جلد ظاہر ہو جاتا ہے۔ اگر یہ ظاہر نہ ہو اور اس کی موجودگی کا

شبہ ہو تو اس کی جستجو ایسے مخصوص سوالات کے ذریعہ سے کرنی چاہیئے جو ایک انفرادی اصابت کے متعلق ہماری معلومات ہم کو پہنچائے۔ نالائقی یا خطاواری کے اختباطات عموماً خود بخود ظاہر ہو جاتے ہیں، لیکن اگر وہ ظاہر نہ ہوں، اور ان کی موجودگی کا شبہ ہو تو موزوں اصابتوں میں وہ اس طرح ظاہر کئے جا سکتے ہیں کہ مریض سے پوچھا جائے کہ "کیا تم محسوس کرتے ہو کہ تم کسی خطا کے مرتکب ہوئے ہو؟ اور کس طرح؟"۔ مراقی اختباطات کا انکشاف جسمانی حالت کی تفتیش کے دوران ہی میں ہو جاتا ہے۔ اس تحقیقات کے دوران میں مریض سے ہمیشہ اس کے جسمانی نظامات کے وظائف کے متعلق دریافت کرنا چاہیئے۔ وہ
775 تشویش جو جسمانی مرض، یا اس کے امکان کے متعلق ہوتی ہے، اور مرض کا وہ کم و بیش
راسخ (اور عموماً بے بنیاد) یقین جو مراق میں موجود ہوتا ہے ان دونوں میں با احتیاط تفریق کرنی چاہیئے۔ یہ تفریق مریض کے طرز بیان سے اور اس امر سے کہ اُسے کس حد تک مطمئن کیا جا سکتا ہے، نیز تاثری اختلاف سے کی جا سکتی ہے۔

کسی خارجی قوت کا اثر پڑنے (influence) کے یا مجہولیت کے احساسات عجیب و غریب افعال یا جسمانی اوضاع کی صورت میں ظاہر ہوتے ہیں، یا ممکن ہے کہ وہ صرف سوالات کرنے میں ظاہر ہوں۔ "کیا تم کوئی طرفہ یا انوکھا فعل کرتے ہو؟" "تم ایسا کیوں کرتے ہو؟" (کسی ایسے فعل کا نام لے کر جس کی وجہ معلوم نہ ہو) "تم یہ کیوں کرتے ہو؟" "کیا تمھارے دماغ میں ایسے خیالات آتے ہیں جو تمھارے اپنے نہیں ہوتے (ذاتی خیالات = autochthonous ideas)۔ "کیا تم نے کبھی تنویم کئے جانے کا یا نفس خوانی (mind-reading) کا احساس کیا ہے، یا اپنے یا دوسروں کے خیالات سُنے ہیں؟" مریض کے ایسے افعال جیسے کہ کان لگا کر سننے کی وضع اختیار کرنا، دل ہی دل میں بڑبڑانا، تشنج، یکایک یا مسلسل خاموش رہنا اور اضطراری حوادث کو بھی تجربات کا پتہ دیتے ہیں۔ زیادہ اکثر ان کے متعلق استفسار عمومی طور پر کرنا پڑتا ہے، مثلاً اس طرح کہ "کیا تمھیں کوئی عجیب عجیب خیالات ہوا کرتے ہیں؟" "کیا تم آوازیں سنتے ہو؟" سمعی توہمات کی موجودگی سے ایسے سوالات پیدا ہو سکتے ہیں جیسے کہ "تمھیں جو کچھ سنائی دیتا ہے، وہ شور و غوغا ہوتا ہے یا آوازیں؟" "وہ سچ مچ

آوازیں ہوتی ہیں یا صرف تمھارے خیالات؟" (کاذب توہمات)۔ "وہ کیا کہتی ہیں؟"۔ استبصاری توہمات:۔ "تمھیں کیا چیزیں نظر آتی ہیں؟"۔ کیا وہ درحقیقت ہیں یا صرف ایک رویا ہیں؟"۔ کیا وہ چھوٹی چھوٹی ہیں" (بالشتیئے = Lilliputian) "یا رنگین ہیں؟"۔ "کیا وہ ایک جانب کو ہیں یا دوسرے جانب؟" (نیم بصری توہمات hemianopic hallucinations:)۔ ذائقہ، بو اور سماعت کے توہمات کے متعلق بھی دریافت کرنا چاہیئے۔ یہ جاننا ضروری ہے کہ آیا کوئی فریب حواس، التباس کی قسم سے ہے اور اس کا انحصار (ماؤف عضو حس کے مقامی مرض پر ہے، یا جیسا کہ بعض اوقات ہوا کرتا ہے، کسی دوسرے مقام کے مرض پر ہے جس سے حسی عضو معکوس طور پر ماؤف ہو گیا ہو۔ عضوی غلط تعبیرات توہمی ہونے کے بجائے زیادہ تر التباسی نوعیت کی ہوتی ہیں، گو بعض تجربات (جیسے کہ "معدے سے ایک آواز آنے") کی یہ تعبیر کرنا مشکل ہے کہ یہ عضوی احساس کے اختلال پر مبنی ہیں۔

(۷) تشریق (orientation)، شخص، مقام اور جگہ کے لحاظ سے۔ "تمھارا کیا نام ہے؟" "میرا نام کیا ہے؟ میرا پیشہ؟" "یہ کیا جگہ ہے؟" "آج کیا تاریخ ہے؟" اور اگر آخر الذکر کا جواب غیر معین ہو تو "یہ کونسا مہینہ ہے؟ کونسا سال ہے؟"

(۸) حافظہ کا امتحان بے ربطیوں یا حقیقی خلوات کے لیے۔

(الف) شخصی واقعات (۱) واقعات بعیدہ۔ "کب پیدا ہوئے؟ اور کہاں؟" "اس حساب سے تمھاری عمر کیا ہوئی؟" جب قوت حافظہ کے متعلق شبہ ہو تو دریافت کرنا چاہیئے کہ مدرسہ جانا کس عمر سے شروع ہوا، اور کب چھوڑا، اور ملازمت یا خدمات بدلنے، شادی اور بچے پیدا ہونے وغیرہ کی تاریخیں بھی دریافت کرنی چاہئیں۔ ان میں سے بعض یا سب امور کا جواب اسی وقت مل چکا ہوگا جب کہ مریض نے اپنی ذاتی سرگزشت بیان کی تھی۔ (۲) تازہ واقعات۔ اس عنوان کے تحت بعض اشارات مریض کے اس بیان سے مل چکے ہوں گے جو مریض نے اپنے مرض کے تاریخ وارنمو کے متعلق دیا تھا۔ ان تاریخوں کی تنقیح مریض کے احباب کی بیان کردہ سرگذشت کی مدد سے کیجا سکتی ہے۔ "تم میں کب سے تغیر ہو گیا ہے؟" "تم یہاں کیسے آئے؟ کس کے ساتھ آئے؟" "تم نے آج کون کون سے کھانے کھائے؟"

"تم کل کہاں تھے؟"

(ب) **نہایت تازہ حافظہ کے رسمی کاشفات** (۱) مریض کو تین باتیں یاد کرنے کے لیے کہو۔ کوئی پتہ، مثلاً ۳۱۵ پانڈ سٹریٹ، جسم کا کوئی حصہ، مثلاً ایک انگلی۔ اور کوئی نباتات، مثلاً گاجر۔ ان چیزوں کو ایک بار پڑھ کر سنا دو اور پھر اس سے کہو کہ ان کے نام دہرائے۔ اس کو کہدو کہ پانچ منٹ میں پھر تم سے ان کے متعلق پوچھوں گا (یہ پانچ منٹ دوسرے سوالات میں گزار دو اور اس امر کو نوٹ کر لو)۔ اگر اس مدت کے اختتام پر ان تین چیزوں کو وہ پوچھنے پر بتلا سکے تو ویسا ہی دوسرا کاشفہ کر کے اس کا نتیجہ نوٹ کر لیا جائے (۲) فوری حافظ کی وسعت کا کاشفہ بے جوڑ ہندسوں، حرفوں، یا لفظوں کی اس تعداد سے کیا جا سکتا ہے جو مریض یاد رکھ سکتا ہو۔ یاد رکھنے کی ادنیٰ طبعی حدود چھ ہندسے، چھ حروف اور پانچ الفاظ ہیں۔ مثلاً فی ثانیہ ایک ہندسہ کی شرح سے اسے چھ ہندسے پڑھ کر سنائیں جائیں، مثلاً ۶ ۳ ۷ ۵ ۸ ۴۔ اگر وہ انھیں یاد رکھنے میں کامیاب رہے تو اور زیادہ آزمائے جائیں۔ اگر وہ ناکام رہے، تو اس سے کم ہندسے سنائے جائیں۔

(ج) **بعید حافظہ**۔ اس سے کہو کہ حروف تہجی، سال کے مہینوں کے نام، مسیحی دعائے ربانی دہرائے اور ایک سے بیس تک ہندسے گنے۔

(۹) **توجہ** (الف) اس کا اندازہ دوران امتحان میں تمام مشاہدہ سے کیا جا سکتا ہے۔ اگر خود بخود اس کے گھٹنے بڑھنے کا کوئی رجحان ہو تو اسے نوٹ کر لینا چاہیئے۔

776 (ب) جہاں توجہ کے تسلسل کے متعلق کوئی شبہ ہو (مثلاً بعض عضوی حالتوں میں) تو مخصوص کاشفات کام میں لائے جا سکتے ہیں، بشرطیکہ کافی اشتراک عمل حاصل ہو سکے۔

(۱۰) **ادراک** (apperception)۔ مریض سے ایک امتحانی کہانی بلند آواز سے پڑھنے کو کہا جاتا ہے، (مثلاً مندرجہ ذیل) جو اسے معمولی ٹائپ میں دیجاتی ہے:۔ "ایک چرواہے کا لڑکا اپنا کتا ساتھ لے کر اریزونا سے سان فرانسسکو گیا۔ کتا اس نے ایک دکان کے باہر چھوڑ دیا اور خود کپڑوں کا ایک نیا جوڑا خریدنے لگا۔

اس عمدہ لباس سے آراستہ ہو کر وہ اپنے کتے کے پاس گیا' اس کے طرف سیٹی بجا
اُسے نام لے کر بلایا اور تھپکا لیکن مالک کو نئی ٹوپی اور نئے کوٹ میں ملبوس
پاکر کتا اس سے بالکل دُور رہا اور دہن سے ایک غمناک آواز نکالی۔ جب
چمکار نا پچکارنا کارگر نہ ہوا تو چرواہے کا لڑکا وہاں سے چلا گیا اور اس نے اپنے
وہی پُرانے کپڑے زیب بدن کر لیئے۔ اب کتا اپنے مالک کو اُسی لباس میں
دیکھ کر فوراً بے حد خوش ہوا کہ جس میں وہ سمجھتا تھا کہ اُسے ہونا چاہئیے۔

اگر پڑھنے میں کوئی غلطی ہو تو اُسے نوٹ کر لیا جاتا ہے۔ اگر مریض کی
آنکھیں پڑھنے کے لیے کافی اچھی حالت میں نہ ہوں تو قصہ آہستہ آہستہ پڑھ کر اُسے
سنا دینا چاہیئے' پھر اُسے کہا جاتا ہے کہ وہ اُسے اپنے الفاظ میں بیان کرے۔
اس سے جو نتیجہ حاصل ہوتا ہے اُس سے توجہ (۹) دلچسپی' تازہ حافظہ (۸)' جہاں
تفصیلات فراموش ہو جائیں وہاں اختراع کے رجحان (سخن سازی
= confabulation)' جذباتی مجیبیت' اور نکتے کو سمجھنے کی قابلیت پر روشنی
پڑتی ہے۔

(۱۱) **گذشتہ اور تازہ واقعات کی عام واقفیت**۔ اول الذکر
پر عبور حاصل ہوتا بالخصوص تعلیم و تربیت اور یادداشت پر منحصر ہے' آخر الذکر
پر (بالخصوص اُن واقعات پر جو بیماری کے آغاز کے بعد سے ظہور میں آئے
ہوں) عبور کا انحصار زیادہ تر دلچسپی کی اس مقدار پر ہوتا ہے جو معمولی معاملات کے متعلق
حال ہی میں لی گئی ہو۔ مثال کے طور پر مریض سے کہا جائے کہ یورپ کے چند
خاص ممالک کے دارالسلطنتوں کے نام یا گزشتہ جنگ کی تاریخیں بتلائے
زیادہ تازہ واقعات کے علم کا اندازہ ایسے سوالات سے لگانا چاہیئے جو تازہ
اخباری خبروں کی بنا پر کیئے جائیں۔

(۱۲) **عام ذہانت**۔ بناسائمنی پیمانہ (Binet-Simon scale)
معدا وسط بالغ" والے کاشفات کلی یا جزئی طور پر کام میں لائے جاسکتے ہیں' مثلاً
کام کی کاہلی اور بیکاری' ارتقا اور انقلاب' افلاس اور کم بختی' کردار اور نیکنامی
کے درمیان فرق' اور چھے ہندسوں کو الٹ کر دہرانے کی قابلیت۔ جہاں

نقص ذہانت کا شبہ ہو، بنا سائمنی سلسلہ کے کاشفات یا ان میں سے منتخب کاشفات کافی طور پر کام میں لا کر ذہنی عمر (mental age) کی تخمین کرنی چاہیئے (ذہنی عمر مریض نے بنا سائمنی کاشفہ میں کتنے نمبر لئے ہیں)۔

(۱۳) **بصیرت** (insight)- انذار اور علاج دونوں کے لئے یہ امر سب سے زیادہ اہمیت رکھتا ہے کہ مریض کو اس حقیقت کا کہ وہ بیمار ہے کس درجہ تک صحیح علم ہے، اور وہ اپنی علامات مرض کی اصلی حیثیت سمجھنے کی کس حد تک قابلیت رکھتا ہے۔ اس پر ان سوالات سے جو کہ "مزاجی کیفیت" اور "خیال" کے عنوانات کے تحت اس سے قبل درج کیے گئے ہیں، اور مریض کے از خود بیان کردہ حالات سے کسی قدر روشنی پڑ چکی ہوگی۔ اس کے علاوہ خاص استفسارات کرنے چاہئیں، مثلاً جیسے کہ "تم اپنی موجودہ حالت کے متعلق کیا خیال کرتے ہو؟" "کیا تم اپنی موجودہ حالت کو کسی طرح غیر طبعی سمجھتے ہو؟" "کیا یہ کوئی بیماری ہے؟" مخصوص حادثات کے متعلق مریض سے وضاحت کرانی چاہیئے، مثلاً اضطراری یا عجیب افعال، خودکشی کے یا قاتلانہ اقدامات، اخلاقی لغزشوں، اور فقدان محاکمہ ظاہر کرنے والی کسی اور چیز (مثلاً فضول خرچی) کے متعلق۔

بالآخر مندرجۂ بالا تحقیقات کا خلاصہ تیار کرنا چاہیئے، اور ثبت انکشافات کو ایک جدول کی شکل میں اس طرح ترتیب دینا چاہیئے کہ جس سے علاماتی تصویر کے لیے اُن کی تقریبی اہمیت ظاہر ہو۔

طالب علم اس معتدل طور پر کل ذہنی امتحان کے مندرجۂ بالا بیان کو پڑھ کر، اور ساتھ ہی جس قدر مریض مل سکیں اُن میں اس کے اطلاق سے، امراض النفسی امتحان کے اصلی مفہوم و مدعا اور عام اصول پر عبور حاصل کر سکتا ہے۔ اس ابتدائی تربیت کے بعد مندرجۂ ذیل مختصر اسکیم ایک بنیادی خاکہ کے طور پر نسبتہً زیادہ سریع سریری امتحان کے لیے کام میں لائی جا سکتی ہے، جو کہ احتیاجات وقت و مزاولت کی وجہ سے ضروری ہو جاتا ہے۔

ذہنی حالت کے امتحان کا دستور العمل

(۱) عام برتاؤ۔

(۲) گفتگو کی سرو۔ مخصوص و ممیز خصائص نوٹ کرو، جیسے کہ بطوء، پرواز خیال، بے ربطی، مختصر لفظ بہ لفظ نمونے درج کرو۔

(۳) مزاجی کیفیت (mood)۔ "تمہارا مزاج کیسا ہے؟" اگر ضرورت ہو تو اس سوال کی زیادہ صراحت کر دینا چاہیئے، مثلاً "کیا غمگین؟" "خوف زدہ؟" "خوش؟" وغیرہ ہو۔ 777

(۴) مخصوص مشغول ذہنیاں (preoccupations)۔ "کیا کوئی تازہ پریشانی ہوئی کوئی انوکھے تجربات پیش آئے ہیں؟" "کیا تمہیں کوئی تمثلات (imaginations) ہوئے ہیں؟" "کیا تمہارے ساتھ اچھا برتاؤ کیا گیا؟" "تمہیں ستایا گیا؟" "کیا تم پر کوئی خاص اثر، مثلاً تنویم، برق وغیرہ کا ڈالا گیا ہے؟" توہمات۔ "کیا تمہیں آوازیں سنائی دیتی ہیں؟" "کیا کوئی چیز نظر آتی ہے؟" "کیا، کہاں اور کب؟" احتصارات (obsessions) اور اجبارات (compulsions)۔ "کوئی تکلیف دہ خیالات؟" "کیا تمہیں بعض افعال کو ایک خاص انداز سے کرنا پڑتا ہے۔

(ھ) مجمع الاحساس (sensorium) اور قوائے عقلیہ۔ تشریق (orientation) (مقام اور تاریخ اور اشخاص کے متعلق)۔ حافظہ (یہ عضوی داء النفسی امراض میں بالخصوص اہم ہے)۔ (الف) ماضی بعید (حالات زندگی تاریخوں کے ساتھ) جس کی تنقیح سرگذشت مرض درج کرتے وقت کر لی گئی ہو۔ (ب) ماضی قریب (گزشتہ چند روز کا کچھ حال) (ج) فوری یادداشت (عدد، نام، دکھلائی ہوئی چیزوں، ہندسوں کے متعلق)۔ توجہ، مسلسل ہے یا کم و بیش ہوتی رہتی ہے؟ توجہ کا اچاٹ ہو جانا۔ عام معلومات کو سمجھنے کی قابلیت (سلاطین؟ صدر اعظم؟ جنگ؟ وغیرہ)۔ حساب؟ ۷ - ۱۰۰ (غلطیاں؟ وقت ثانیوں میں)۔ قوت محاکمہ (judgment)۔ معقول

تجویزیں سوچنے کی قابلیت۔ گفتار اور تحریر کے متعلق کاشفات۔

(٦) مرض کی بصیرت۔ بیمار یا معصوب ہونے کا کوئی اعتراف یا عارضہ کی نوعیت سمجھنا۔

(٧) نیند اور خواب (dreams)

(٨) ان موضوعات کو جن کی مزید تحقیق بعد کی ملاقاتوں میں کرنا ہے، خاص طور پر نوٹ کر لینا چاہیئے۔

٦٦٦

نفسی عصابیتیں

(PSYCHONEUROSES)

تشویشی نفسی عصابیت

(anxiety psychoneurosis)

یہ نفسی عصابیت ذہنی تکلیف یا تشویش کی ایک حالت ہے، جس کے ساتھ عموماً طبیعی امارات ہوتے ہیں۔ یہ تکلیف یا تشویش ظاہری موقع کے لحاظ سے کہ جس میں وہ پیدا ہو جاتی ہے، بہت زیادہ ہوتی ہے۔

بحث اسباب۔ ١۔ توارث ایک اہم اثر رکھ سکتا ہے۔ بعض افراد بنیئی لحاظ سے حساس معلوم ہوتے ہیں اور اسی واسطے ان میں جذباتی بیش تعامل کا امکان ہوتا ہے۔

٢۔ بالعموم ذہن کے اکتسابی عادات خاص سبب مرض ہوتے ہیں۔ یہ اکثر اوقات بچپن میں اوائلی سکوسات کے طور پر آغاز پذیر ہوتے ہیں۔ بچے کے جذباتی تعاملات کا انحصار زیادہ تر اس کے گرد و پیش کے بالغوں کے جذباتی تعاملات پر ہوتا ہے۔ وہ بچہ جس کی ماں گرج کڑک کے طوفان سے خوف و ہیبت کے امارات ظاہر کرتی ہے، خود بھی اس تہیج کا شدید جذباتی تعامل حاصل کرے گا۔ یہی حال دوسرے اور زیادہ عامیانہ واقعات کے ساتھ ہوگا۔ اگر ماں بچے کی صحت

متعلق تشویش ظاہر کرتی ہے تو اس کا امکان ہے کہ خود بچہ بھی بیماری کے ایک مبالغہ آمیز خوف کے ساتھ بڑھے۔ اس طریقے سے ممکن ہے کہ مخصوص جذباتی تجربات کا بھی ایک دیرپا اثر پڑے۔ اس لڑکی میں جو کسی ناشایستہ حملہ کا شکار ہوئی ہے، مردانہ صنف کا مرضی خوف نمایاں ہو جانا ممکن ہے، اور یہی حال دیگر اقسام کے جذباتی ضربہ کا ہے۔ بالغ زندگی میں عام قصور جہالت یا لاعلمی ہوتی ہے۔ کسی کافی تہیج کے جواب میں ایک جذباتی تعامل واقع ہوتا ہے، اور ساتھ ہی اس کے جسمانی لوازم کا سلسلہ بھی ہوتا ہے۔ مثلاً غشیان کا احساس اور اختلاج قلب موجود ہوتا ہے۔ موضوع اس کو مرض قلب کی شہادت سمجھتا ہے اور اسے اپنے علامات کے متعلق تشویش پیدا ہو جاتی ہے۔ پھر اس کا اثر یہ ہوتا ہے کہ مزید جذباتی تعامل اور اختلاج پیدا ہو جاتا ہے۔ اس طرح اکثر اوقات ایک دائرہ فاسدہ پیدا ہو جاتا ہے، جو رفتہ رفتہ ایک اصلی عادت بن جاتا ہے۔ لیکن یہ امر مشکوک ہے کہ آیا کسی ایسے موضوع میں بھی جس میں مزاج تربیت، یا موجودہ کشاکش کی وجہ سے پہلے سے اس کی استعداد موجود نہ ہو کبھی اس طریقے سے تشویش پیدا ہو جاتی ہے۔

ممکن ہے کہ ابتدائی جذباتی تعامل محض غلط سمجھ لیا گیا ہو۔ لیکن اکثر اوقات ممکن ہے کہ خود جذبہ لاشعوری ہو اور اس کی وجوہات ویسی ہی ہوں جیسی کہ پہلے بیان کی گئی ہیں۔ مثلاً ممکن ہے کہ جب کسی شخص کو اپنے افسروں کے سامنے اپنے کام کا حساب پیش کرنا پڑے تو وہ شدید تشویش کے علامات میں مبتلا ہو جائے۔ اس کے ساتھ شرمندگی کا جذبہ ہوتا ہے اور اسی واسطے وہ میدان شعور کے اندر نہیں آنے پاتا۔ ایسی حالت میں جذباتی تعامل (جس کا نتیجہ اختلاج، عدم اشتہا، معدے کی تکلیف یا دوسرے طبیعی علامات ہوتے ہیں) ایک جداگانہ مظہر کے طور پر نمودار ہو کر حقیقتہً مزید تشویش کا ذریعہ بن جاتا ہے۔ بدقسمتی سے ایسی صورتوں میں غلط یا غیر یقینی طبی تشخیص بہت نقصان کا باعث ہو سکتی ہے۔ اگر طبیب ان علامات کا جسمانی مرض پر مبنی ہونا تسلیم کر لیتا ہے، تو مریض کی تشویش کے بڑھ جانے اور علامات میں اور زیادہ شدت پیدا ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔

778

۳۔ جسمانی مرض اور فتور دو مختلف طریقوں سے تشویشی تعامل کے نمو میں ممد ہو سکتے ہیں۔ اولاً، اگر مریض گزشتہ تجربہ کی بنا پر اپنی صحت کے متعلق ضرورت سے زیادہ مشوش ہو جانے کی ماسبق استعداد رکھتا ہے، یا اگر اس کا معالج اس کے مرض کی نزاکت کے متعلق مبالغہ آمیز رائے رکھتا ہے، تو ممکن ہے کہ وہ ایک دایرۂ فاسدہ کا نقطۂ آغاز بن جائیں، جیسا کہ پہلے بیان کیا گیا ہے۔ ثانیاً، ممکن ہے کہ تکان اور سمّی ماؤفیت ذہنی اعمال پر براہ راست اثر انداز ہو کر قوتِ محاکمہ میں خرابی یا نقص پیدا کر کے ایک غلط نقطۂ نگاہ زندگی کا موجب ہوں، چنانچہ زندگی کے راستے میں تِل بھی وہ تشویش پیدا کر دیتے ہیں جو پہاڑوں سے ہونی چاہیئے تھی۔

۴۔ بیان کردہ تعریف میں ماحولی بار کو تشویشی نفسی عصابیت کی تسبیب سے خارج از بحث نہیں کیا گیا، بلکہ اس امر پر زور دیا گیا ہے کہ بظاہر ماحولی وجہ مریض کے تعامل کے لیے کافی نہیں ہوتی۔ ایسا اس وجہ سے ہوتا ہے کہ مریض حالات و ماحول کو اس سے زیادہ اہم سمجھنے لگتا ہے جتنا کہ خود اس پر یا کسی مشاہد پر شعوری طور پر واضح ہوتا ہے۔

علامات - ذہنی۔ تمام علامات کی جڑ مرضی تشویش ہے۔ تاہم یہ شکایت سب سے زیادہ کثیر الوقوع نہیں۔ ممکن ہے کہ خود تشویش مخفی رہے اور سب سے پہلے ثانوی علامات کے لیے طبی مشورہ کیا جائے۔ عام شکایتیں حسب ذیل ہوتی ہیں:- ارتکازِ خیالات کی ناقابلیت، حافظہ کا فقدان، پس و پیش کرنا اور عدم کفایت کا ایک عام احساس۔ یہی ہیں قدرتی نتائج اس مسلسل تشویش کے، جو دوسرے موضوعوں کو دماغ سے خارج کر کے خود ذہن پر مستولی ہو جاتی ہے۔ لیکن مریض اکثر ان کے غلط معنی سمجھتا ہے اور انہیں قریب الوقوع دیوانگی کے آمارات سمجھتا ہے۔ بےخوابی اکثر اوقات ایک اہم علامت ہوتی ہے۔ اس کی دو قسمیں پائی جاتی ہیں۔ پہلی قسم میں، جو نمایاں تشویش کے ہمراہ ہوتی ہے، مریض کے ذہن پر اس کے افکار اس قدر مسلط ہوتے ہیں کہ نیند آنے ہی نہیں پاتی۔ دوسری قسم کی بےخوابی اس وقت پائی جاتی ہے جب کہ نظم واقع ہو گیا ہو،

اور اس صورت میں مریض اپنے مرض کے جذباتی مبادی کا سے بڑی حد تک ناواقف ہوتا ہے۔
ان اصابتوں میں اکثر سوتے وقت یہ ہوتا ہے کہ ذہن پر غیر معین موضوعوں کے خیالات کی رَو مسلط ہو جاتی ہے اور وہ مخفی تشویش نظر سے غائب رہتی ہے اور نیند بھی غائب رہتی ہے۔ ایسی حالت میں جب بالآخر کوشش کے ساتھ نیند آجاتی ہے تو وہ اکثر ڈراؤنے خوابوں یا کابوسوں (nightmares) کی وجہ سے اوچاٹ ہو جاتی ہے، جس سے مریض انتہائی خوف و دہشت کے جملہ احساسات کے ساتھ جاگ اٹھتا ہے۔ بے خوابی اور اس کے ممکن اثرات کے متعلق تشویش سے حالت بدتر ہو جاتی ہے۔

تشویش جب نمایاں ہوتی ہے تو وہ عام یا خاص نوعیت کی ہو سکتی ہے۔
عام تشویش کا اظہار مشکلات کے متعلق مبالغہ کرنے اور تمام تہیجات سے شدید جذباتی تعامل ظاہر کرنے کے رجحان سے ہوتا ہے۔ مخصوص تشویشیں (جن کو بعض اوقات خوفوں : phobias کے نام سے یاد کیا جاتا ہے) کثیر التعداد اور مختلف ہیں۔

ہیبت مرض۔ کسی غیر طبعی احساس کی وجہ سے مریض کو یقین ہو جاتا ہے کہ وہ ایک خطرناک مرض میں مبتلا ہے۔ ایسی عام ہیبتیں سرطان، آتشک اور ریوی تدرن کی ہوتی ہیں۔ اگرچہ ممکن ہے کہ امتحان کرنے اور اطمینان دلانے سے کچھ عرصہ کے لیے یہ خوف رفع ہو جائے، لیکن جب تک کہ بنیادی عصبانیت کا معقول علاج نہ کر دیا جائے یہ اکثر پھر طاری ہو جاتا ہے۔ قلبی، کلوی اور معدی معوی مرض کے ڈر بھی عام طور پر ہوا کرتے ہیں۔

دیوانگی کے خوف کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے۔ یہ عام طور پر ہوا کرتا ہے، اور مریض کا یہ خیال ذہنی ارتکاز کی دقت پر، اور اس جذباتی طناب پر جس میں وہ مبتلا ہے مبنی ہوتا ہے۔

بعض مقامات کا خوف۔ ایسے خوف کثیر التعداد ہیں۔ عام ترین میں سے بعض یہ ہیں:۔ کھلے ہوئے مقامات کا خوف، اژدحام اور بھیڑ کا خوف، بند فضاؤں کا خوف، ریل میں سفر کرنے کا خوف ممکن ہے کہ یہ اپنی شدت میں مشلول کن ہوں، اور مریض کی زندگی میں خطرناک طور پر مزاحمت پیدا کر دیں۔

صنفی معاملات کے متعلق خوف ۔ اِن میں سب سے زیادہ عام جلق سے متعلق ہوتا ہے ۔ مریض شاید گزشتہ زمانے میں اس کا عادی رہا ہے، یا اب بھی کچھ وقفوں کے ساتھ اِسے بہت جذباتی نزاع کے ساتھ جاری رکھتا ہے ۔ وہ محسوس کرتا ہے کہ میں نے اپنی ذہنی اور جسمانی صحت برباد کر لی ہے، اور یہ کہ میری بیماری اسی سبب سے ہے اور میرے گناہوں کی سزا ہے ۔ صنفی مباحث سے کبھی اتفاقی طور پر دوچار ہونے سے جذباتی بیش تعامل پیدا ہو جاتا ہے ۔ چونکہ
779 موضوع ایسا ہے جس سے وہ خجل اور شرمندہ ہے، لہٰذا اس کی تشویش کا مبدا لو اکثر، کم از کم اس وقت، غیر شعوری ہوتا ہے ۔ ممکن ہے کہ اِس سے مماثل خوف بھی ایسی تشویش کے باعث ہوں جو مریض کو شرمندہ کرنے والے صنفی خیالات سے متعلق ہو ۔ یہ زندگی کی بعض ہیئتوں میں، اور بالخصوص بعض اشخاص میں، اہم صنفی نوعیت کے ہو سکتے ہیں ۔

بعض اوقات اخراجِ منی باعثِ تشویش ہوتا ہے ۔ چونکہ خود تشویش سے بھی اخراجِ منی ہو سکتا ہے، لہٰذا اِس سے ایک دائرہ فاسدہ کے آغاز ہو جانیکا امکان ہے ۔

عنانت (impotence) کی شکایت مردوں میں غیر عام نہیں ۔ یہ علامت انزال قبل از وقت ہونے یا برابر استادگی حاصل نہ ہو سکنے پر مشتمل ہو سکتی ہے ۔ یہ عام طور پر گذشتہ جلق یا اِخراجاتِ منی کے متعلق خوفوں کے ہمراہ پائی جاتی ہے ۔

عصبی ۔ ذہنی اور جسمانی خستگی کی انتہائی قابلیت ایک عام علامت ہے ۔ مریض شکایت کرتا ہے کہ وہ کام کے ناقابل ہو گیا ہے، گفتگو میں اپنا حصہ برابر نہیں لے سکتا، اور زینہ چڑھنے کے بعد تھک جاتا ہے ۔ احتیاط کے ساتھ دریافت کرنے پر عموماً معلوم ہو گا کہ یہ تکان اپنے فعل میں تفریقی ہے، اور مریض جس حد تک اپنے گرد و پیش کے ماحول میں دلچسپی لیتا ہے اسی کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہے ۔ چنانچہ ممکن ہے کہ ایک شخص ایک ہی نوعیت کے کام میں آدھے گھنٹے سے زیادہ ارتکاز توجہ نہ کر سکے، مگر کسی کھیل میں لگاتار

وہ دو یا تین گھنٹے تک اپنی پوری توجہ دے سکے۔ اپنی اس ناقابلیت کے باوجود کہ معمولی مجلسی گفتگو کے فرائض ادا کرنے میں بھی قاصر رہتا ہے، وہ اپنی بیماری کے علامات پر بڑی تفصیل اور انتہائی سرگرمی اور شوق کے ساتھ بحث کرے گا، اور گو اسے طبیب کے پاس جانے کا یارا نہ ہوگا، تاہم فٹ بال کا میچ دیکھنے کے لیے ایک میل چل کر جائے گا اور اسے کوئی غیر معمولی تکان نہ ہوگی۔

درد سر ایک دوسری عام علامت ہے۔ بعض اوقات اسے ایک درد بتلایا جاتا ہے، اور پھر بالعموم یہ وقفہ دار، اور شدید تشویش کے لمحات کے ساتھ ہمزمان ہوتا ہے۔ زیادہ اکثر اسے ایک قسم کی تکلیف بیان کیا جاتا ہے، اور یہ چندیا یا پشت سر پر ایک دباؤ کے احساس کے طور پر مسلسل موجود ہوتا ہے، یا ضماسی احساس یا تنگی، پُری یا حرارت کے احساس کے طور پر۔

دوران سر (giddiness) کی شکایت اکثر واقع ہوتی ہے۔ یہ مسلسل ہوسکتا ہے یا ایسے حملوں کی شکل اختیار کر لیتا ہے جو چند منٹ سے کئی گھنٹے جاری رہتے ہیں۔ چکر کھانے کا احساس (جیسا کہ عضوی مرض کے دوار میں ہوتا ہے) نہیں ہوتا، لیکن لڑکھڑاہٹ کا ایک موضوعی احساس اور ساتھ ہی گر جانے کا خوف ہوتا ہے۔ یہ خوف اس قدر نمایاں ہوسکتا ہے کہ مریض حرکت کرنے کی مجال نہیں رکھتا اور دوسروں سے چمٹ کر سہارا لینے لگتا ہے جب یہ علامت مسلسل ہوتی ہے تو بعض اوقات مریض شکایت کرنے لگتا ہے کہ میں کسی دوست کے بازو کا سہارا لئے بغیر جو مجھے تھامے رکھے باہر چل پھر نہیں سکتا۔

جوارح کا رعشہ (tremor) کبھی کبھی واقع ہونے والی علامت ہے، جو خوف کے دورے کے ساتھ ہوتی ہے۔

غذائی نظام ۔ عسر البلع (dysphagia) غیر عام نہیں۔ یہ ایک حد تک لعاب دہن کی کمی کے باعث ہوسکتا ہے، لیکن عموماً شکایت یہ ہوتی ہے کہ غذا حلق میں اٹک جاتی ہے اور نیچے نہیں اترتی۔ عسر البلع اکثر سرطان کے خوف کے ہمراہ ہوا کرتا ہے۔ اس میں معدی تکلیف اور ریحیت عام شکایات

ہیں۔ ایک پُری کا احساس ہوتا ہے جس کا غذا لینے سے کوئی مستقل رشتہ نہیں ہوتا، مگر یہ احساس عموماً غذا لینے کے دوران میں یا کھانا کھانے کے فی الفور بعد ہوتا ہے۔ مریض چاہتا ہے کہ ڈکار آکر اس احساس میں تخفیف ہو جائے اور اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ وہ ہوا نگل لیتا ہے، جس سے ممکن ہے کہ معدے کا حقیقی تمدد پیدا ہو جائے۔ اس قسم کے سوء ہضم کا ایک ممتاز خاصّہ عموماً اس کی انتخابی نوعیت ہے۔ مثلاً مریض ہمیں یقین دلائے گا کہ گائے کا گوشت کھانے کے بعد اُسے ہمیشہ بدہضمی ہو جایا کرتی ہے، لیکن بھیڑ کا گوشت کھانے کے بعد نہیں ہوتی۔ چائے اس کے معدے کے لیے مہلک ہے، لیکن قہوہ بے ضرر ہے۔ وہ سبز ترکاریوں کا متحمل نہیں ہو سکتا، لیکن کچے سیب بلا مضرت کھا سکتا ہے۔

قبض ایک عام شکایت ہوتی ہے۔ کسی ادنیٰ سے سبب سے مریض کو پاخانہ نہ ہونے پر وہ مسہل لے لیتا ہے، اور اب دوسرے موقع پر وہ فکرمند ہو جاتا ہے کہ آیا دوا کی مدد کے بغیر پاخانہ ہوگا یا نہیں۔ یہ تشویش خود تبرز کے معکوس عمل میں مزاحم ہوتی ہے، اور پھر یہ ذہن کی ایک ایسی عادت پیدا کر دیتی ہے کہ جس میں اس امر کا شعور کہ کوئی مفتح دوا پہلے لے لی گئی ہے کامیابی کے لیے ضروری ہو جاتا ہے۔

780 بعض اوقات اسہال کی شکایت کی جاتی ہے، مگر تجزیہ کرنے پر یہ صرف نام کی غلطی ثابت ہوتی ہے، اور واقعہ یہ ہوتا ہے کہ مریض پاخانہ جانے کی ضرورت مخصوص حالات و ماحول کے تحت محسوس کرتا ہے، بالخصوص اس وقت جب کہ اس کے لیے کوئی سہولت میسر نہ ہو۔

قلبی عروقی نظام۔ اس عنوان کے تحت جیش قلبی تکلیف اور اختلاج نمایاں شکایات ہیں۔ ممکن ہے کہ تشرق کا انتہائی امکان تشویش کا باعث ہو۔

تنفسی نظام۔ دم گھٹنے کے موضوعی احساسات اور بہرا، ناگہانی دہشت کے دوروں اور عنقریب نازل ہونے والی موت کے خوف کے ساتھ ہو سکتے ہیں۔

جلد۔ پسینہ بکثرت آسکتا ہے، اور یہ عموماً سِل ریوی (consumption) کے خوف کے ہمراہ ہوتا ہے گا ہے گا ہے کسن پن اور جھنجھنا ہٹ کی شکایت ہوتی ہے۔

بہت سی نام نہاد "عصبی نہاکتیں" (neurasthenias) درحقیقت تشویشی عصابیتیں ہیں جن میں تکان کی شکایات، بالخصوص نمایاں ہوتی ہیں۔

تشخیص ۔ اس کا انحصار کچھ تو اس امر پر ہوتا ہے کہ عضوی مرض علامات کے راست سبب کی حیثیت سے خارج از بحث ہو جائے اور کچھ اس شناخت پر کہ مرضی تشویش ہی ان کا سبب ہے، یہ عموماً مشکل نہیں ہوتا۔ لیکن یاد رکھنا چاہیئے کہ بعض مزمن تسممات بھی، جن کی خاص مثال سِل ریوی ہے، اہم امدادی عاملات ہو سکتے ہیں۔

یہ شناخت ہونے پر بھی کہ مرض ایک ذہنی خرابی ہے، اب اُسے دوسری ذہنی خرابیوں، جیسے کہ عتاہت متبادرہ (dementia præcox) اور مانیائی انخفاضی دیوانگی (manic depressive insanity)، سے متفرق کرنا پڑتا ہے۔

عتاہت متبادرہ کی بعض اصابتوں میں مرضی تشاویش اور خوف ابتدائی علامات کے طور پر واقع ہو سکتے ہیں۔ لیکن یہ تشویشی عصابیت کی تشویش و خوف سے اِس امر میں مختلف ہوتے ہیں کہ یہ نہ صرف بیجا اور غیر معقول ہوتے ہیں بلکہ ناقابلِ توجیہہ بھی ہوتے ہیں، الا مریض کے فنطاسیات کی بنا پر بشرطیکہ یہ ظاہر ہو سکیں۔ مثلاً ممکن ہے کہ مریضہ اپنے ہاضمہ کی حالت کے متعلق مشوش ہو لیکن اس کی تہ میں یہ راسخ عقیدہ ہو کہ میری غذا میں سموم داخل کر دیے گئے ہیں، جنھوں نے معدے کے استر کو کھا لیا ہے۔

مانیائی انخفاضی دیوانگی کی ایک خفیف اصابت کے علامات کئی لحاظ سے تشویشی نفسی عصابیت کے علامات سے مشابہ ہو سکتے ہیں۔ لیکن عموماً اول الذکر مرض میں پستی ایک زیادہ نمایاں اور ممیز خاصہ ہوتی ہے اور اس کا انحصار ماحول پر بالکل نہیں ہوتا۔ مریض کو اپنے ماحول میں دلچسپی لینے کے لئے اس قدر آسانی کے ساتھ نہیں اُبھارا جا سکتا۔ اس کے علامات اس کے ماحول میں تغیرات کے ساتھ بہت کم

متغیر ہوتے ہیں۔ طبیب کے اطمینان دلانے سے اُسے بہت کم تشفی حاصل ہوتی ہے یا بالکل نہیں ہوتی، مگر عصبانیت کے مریض میں طبیب کی ملاقات اور ایسی گفتگو کے بعد تقریباً ہمیشہ نمایاں (گو عارضی) اصلاح نظر آتی ہے۔ مانیائی انخفاضی مریض اپنی تکالیف کا الزام خود ہی کو دینے پر نہایت شد و مد سے مائل ہوتا ہے اور اپنی سرگذشت بیان کرنے کے دوران میں اسی قسم کے اشارات کرتا رہتا ہے۔ مزید برآں اس کا انخفاض ایک روزانہ لے ظاہر کرنے کا رجحان رکھتا ہے، اور علی الصباح سب سے زیادہ برا ہوتا ہے۔ کام کے بعد شب کو نیند آنے کی دشواری اسے اتنا نہیں ستاتی، جتنا کہ صبح چھٹ پٹے کے وقت شدید غمگینی اور افسردگی کے احساس کے ساتھ جاگ پڑنا۔ ممکن ہے کہ تفریقی تشخیص کے لیے بعض اصابتوں میں کچھ عرصے تک معائنہ و مشاہدہ ضروری ہو۔ ایک مشکوک اصابت میں یہ ضروری ہے کہ تشخیص طے ہو جائے، کیونکہ دونوں حالتوں کا علاج غیر مشابہ ہے۔ مزید برآں مانیائی انخفاضی مریضوں میں خودکشی کا شدید خطرہ ہوتا ہے۔

انذار۔ جہاں تک کہ خطرناک نتائج کا تعلق ہے، انذار اچھا ہوتا ہے۔ یہ مریض دیوانے نہیں ہو جاتے، لیکن اگر علاج نہ کیا جائے تو ممکن ہے کہ وہ طویل عرصوں تک کام کرنے سے معذور اور مجلسی تعلقات کے ناقابل ہو جائیں، اور اس دوران میں وہ خود دکھی اور بیزار اور دوسروں کے لئے بار ہو جاتے ہیں۔ معقول علاج کے ساتھ توقعات اچھی ہوتی ہیں، باستثنائے ان اصابتوں کے جن میں موروثی عامل نمایاں ہے۔

علاج۔ یہ اس پر مشتمل ہے کہ علامات کا تجزیہ کیا جائے، مریض کو سمجھایا جائے اور دلاسا دیا جائے (اس کارروائی کو نفسیاتی معالجہ کہتے ہیں)۔ بعض اصابتوں میں آرام و سکون اور ادویہ کی بھی ضرورت ہوتی ہے۔ ابتدا میں اکثر اوقات دوستوں سے علٰحدگی مناسب ہے، اور خط و کتابت کی ممانعت بھی قرین مصلحت ہوگی۔

اس حالت کے علاج اور تشخیص دونوں کے لیے سرگذشت مرض کا اندراج اور طبیعی امتحان نہایت اہم امور ہیں (11)۔

مریض کو ترغیب دینی چاہئے کہ اپنے خاص علامات بالتفصیل بیان کرے،

اور پھر مختلف جسمانی نظامات کے متعلق مزید سوالات کرنے چاہئیں۔ یادداشتیں لکھ لی جائیں۔ پھر مریض کا باقاعدہ امتحان کیا جائے۔ اگر سرگذشتِ مرض کا تجزیہ اور جسمانی امتحان عضوی مرض کو خارج از بحث کرنے کے لئے کافی ثابت ہوئے ہیں، تو یہ مریض سے کہہ دینا چاہیئے۔ اگر کسی مزید تحقیقات کی ضرورت ہو تو اس سے اُس کو مطلع کر دینا چاہیئے، اور اِسے عمل میں لانے کے لیے حتی الامکان جلد انتظام کرنا چاہیئے۔ اگر جسمانی مرض کے کوئی متعین آمارات موجود نہ ہوں تو مریض کو اس سے لاعلم نہیں رکھنا چاہیئے، بلکہ اسے یہ محسوس کرا دینا چاہیئے کہ اس کا علاج بالکل بے تکلفی کے ساتھ کیا جا رہا ہے اور کوئی بات پوشیدہ نہیں رکھی جاتی۔ مزید براں اسے کسی قدر یہ بھی سمجھا دینا چاہیئے کہ آمارات کیا ہیں اور اُن سے کیا ظاہر ہوتا ہے۔ اِس طرح پر اسے ذہن نشین کرایا جاسکتا ہے کہ جو عضوی نقائص یا خرابیاں موجود ہیں وہ بطورِ خود اس کے علامات کی توجیہہ کے لیے ناکافی ہیں۔ 781

سرگذشتِ مرض کے اندراج اور طبیعی امتحان میں کم از کم ایک گھنٹہ صرف ہونا چاہیئے۔ اکثر اوقات یہ ناکافی ہوتا ہے، لہٰذا ایک بار اور ملاقات کا انتظام کرنا چاہیئے۔ یہ ضروری ہے کہ مریض کو اس امر کا پورا یقین ہو کہ اُس کی پوری سرگذشت اچھی طرح سمجھ لی گئی ہے، اور جسمانی مرض کے کسی اِمکان کو نظر انداز نہیں کیا گیا ہے، کیونکہ یہی ابتدائی امور آئندہ علاج کی اساس ہیں۔

جب اس امر کے متعلق مریض کا اطمینان کرا دیا جائے کہ اُس کے علامات عضوی مرض کے سبب سے نہیں ہیں، تو پھر طبیب کو آگے یہ سمجھانا چاہیئے کہ بلاشبہ وہ حقیقی علامات ہیں، خیالی نہیں ہیں، اور ایسے ہیں کہ ان کا مبدائی سبب جذباتی اختلال ہو سکتا ہے۔ متذکرۂ بالا نفسیاتی اصول (ملاحظہ ہو صفحہ 778) کا خاکہ مناسب الفاظ میں بیان کر دینا چاہیئے۔ مثلاً یہ بتلایا جاسکتا ہے کہ جب ایک بلی کسی کتے سے ڈر جاتی ہے تو اس کے جسمانی اعضاء میں بہت سے اختلالات ظاہر ہو جاتے ہیں، جن میں خون کے کیمیائی تغیرات، سرعتِ شرحِ نبض، ضغطِ دموی کا ارتفاع (جسے ناپا جاسکتا ہے)، اور معدی حرکات میں

تبدیلیاں (جو لاشعاعوں سے مشاہدہ کی جاسکتی ہیں) شامل ہیں۔ تاہم یہ تغیرات نہ تو ماؤف اعضا کے، اور نہ ان پر اقتدار رکھنے والے اعصاب کے کسی مرض پر دلالت کرتے ہیں۔

چنانچہ اِن اصولوں کے تحت مریض کے علامات کے تجزیہ کے لیے پھر مزید ملاقاتوں کا انتظام کرنا چاہیئے۔

پہلے علامت کے آغاز کی تاریخ کا سراغ لگایا جاتا ہے، اور مریض سے جرح کی جاتی ہے کہ آیا کوئی جذباتی مشکلات اُس وقت موجود تھے۔ ممکن ہے کہ ابتداءً اُسے ایسی کوئی تکالیف یاد نہ آئیں۔ پھر اُسے لاشعوری ذہنی اعمال کی موجودگی کے متعلق سمجھایا جائے، اور مثالیں دی جائیں کہ کس طرح پر جذباتی اختلال میدان شعور سے باہر ہونے کے باوجود جذباتی تعامل کے علامات پیدا کر سکتا ہے۔

اس طریقہ سے مختلف علامات کے کافی اسباب کا دریافت ہو جانا عموماً ممکن ہوتا ہے، اور جب بتدریج اِن کی توجیہہ کر دی جاتی ہے تو اُن کے غائب ہو جانے کا رجحان پیدا ہو جاتا ہے نیز ذہن کی اُن بنیادی عادتوں کا جو مرض پر منتج ہوئی ہیں پتہ لگا کر مریض پر ان کی توجیہہ کرنے کی کوشش کرنی چاہیئے۔ بعض اصابتوں میں مریض انھیں صاف صاف معلوم کر لیگا۔ دوسری اصابتوں میں اس جذباتی گتھی کو سُلجھانے میں بڑی ہوشیاری اور تجربہ کی ضرورت لاحق ہو سکتی ہے۔

بعض اصابتوں میں اہم لاشعوری ذہنی اعمال کے انکشاف کے لیے ذہنی تجزیہ کے مخصوص طریقوں کی ضرورت لاحق ہو سکتی ہے۔ ان کے متعلق فریئوڈ (Freud) اور اُس کے متبعین کی تصانیف سے استفادہ کرنا چاہیئے جو نفسیاتی تجزیہ سے بحث کرتی ہیں۔ اصابتوں کی بڑی اکثریت کا علاج نسبتۂ کم پیچیدہ طریقوں سے کیا جا سکتا ہے۔ جیسے جیسے مریض پر یہ ہویدا ہوتا جاتا ہے کہ میرا علاج ہمدردی اور سمجھ بوجھ کے ساتھ کیا جا رہا ہے اور یہ کہ علاج سے دراصل صحتیابی کی قوی اُمید ہے،

وَیسے وَیسے اُس کی اِشتراکِ عمل کی خواہش اس کو تقویت دیتی ہے کہ وہ توجہ کی روشنی کو ذہن کے ان رُخوں پر منعطف کرے جو اس سے پہلے شرم یا خوف کی وجہ سے مخفی رکھے گئے تھے۔ اس طرح مریض بتدریج اپنے راز طبیب پر کھول دیتا ہے جو اس کی سرگذشت کے منتشر اجزا کو جمع کرکے اس کی عصابیت کے اسباب کا پتہ لگانے میں کامیاب ہوسکتا ہے۔ ان اسباب کو پیش کرنے میں ضرورت ہے کہ طبیب ہمدردی کے ساتھ پیش آئے، کیونکہ اس کارروائی میں مریض کو اپنے عیب اور کمزوریاں تسلیم کرنی پڑینگی جن سے وہ چشم پوشی کرتا رہا ہے لیکن یہ مریض اس سے زیادہ کسی چیز کو پسند نہیں کرتے کہ ٹھنڈے دل سے ان کی تشفی اور خاطر جمعی کر دی جائے کہ "دوسروں کو بھی اسی قسم کے تجربات پیش آئے ہیں اور تمہارے بہت سے دوست و احباب بھی (جن کے مقابلے میں شاید تم خود کو زیادہ بدنصیب سمجھ رہے ہو) تقریباً یقینی طور پر (شاید پوشیدہ طور پر) ایسے ہی خوف وہراس اور آلام و مصائب میں رہے ہیں۔

782 چونکہ علاج کا تعلق خاص طور پر علامات کے انکشاف اور ان کی اہمیت کی جانچ سے ہے، لہٰذا مناسب ہے کہ متذکرہ بالا علامات پر اس عنوان کے تحت مکرر غور کرلیا جائے۔

تشویشی عصابیت، اگر وہ شدید اور طویل ہے، حقیقی خستگی پیدا کر دینے کا امکان رکھتی ہے۔ لہٰذا مناسب یہی ہے کہ جب کبھی غیر معمولی ذہنی یا جسمانی تکان کی قابلیت کے علامات نمایاں ہوں تو علاج کی ابتدا کچھ عرصہ آرام وسکون لینے سے کی جائے۔ بدخوابی کو ہمیشہ اس امر کا داعیہ سمجھنا چاہیئے کہ ابتداءً بستر میں آرام کیا جائے اور پھر مزید علاج کیا جائے۔ مریض کو اس کارروائی کے وجوہات سمجھا دینا ضروری ہے، اور اُسے یہ نتیجہ نکالنے کا موقع نہیں دینا چاہیئے کہ صرف آرام لینے سے صحت ہو جائے گی۔

عموماً یہ کافی ہوگا کہ ایک ہفتہ بستر میں گذار کر ازاں بعد مزید دو یا تین ہفتوں کے اندر معمولی مشاغل دوبارہ اختیار کیے جائیں۔ اسی کے ساتھ ساتھ نفسیاتی علاج بھی ہوتا رہے۔ اگر ممکن ہو تو علاج کے اس حصے کے لئے مریض کو ایک تیمارستان میں رہنا چاہیئے۔

ذہنی علامات۔ عدم قابلیتِ ارتکاز توجہ کو اکثر مخفی جنون کی علامت سمجھ لیا جاتا ہے لہذا اس کے متعلق ہمیشہ دریافت کر لینا چاہئے۔ مریض اس ڈر کو خود سے نہ سہی دوسروں سے اکثر مخفی رکھتا ہے۔ اس کا امکان اُس وقت بالخصوص ہوتا ہے جب کہ ذہنی مرض کی کوئی خاندانی سرگذشت موجود ہو (اس حقیقت کو بعض اوقات پہلی ملاقات میں حذف کر دیا جاتا ہے، یا اس سے انکار کر دیا جاتا ہے)۔ اس امر کے متعلق مریض کو پورا اطمینان کر دینا چاہئے۔ مریض پر یہ صاف کر دینا چاہئے کہ گو اس کا مرض ایک ذہنی عارضہ ہے، تاہم اس کا تعلق ان خفیف عوارض کے زمرہ سے ہے جن کو نفسی عصبانیت کہتے ہیں، جو بڑے ذہنی عوارض یا ادوائی نفس سے مطلقاً جداگانہ ہے، اور یہ کہ مریضوں میں ایک عارضہ دوسرے عارضہ میں شاذ و نادر ہی تبدیل ہوتا ہے۔ پھر قوتِ ارتکازِ توجہ کی کمی کی توجیہہ یوں کر دینی چاہئے کہ وہ تشویش کی وجہ سے ہوتی ہے۔ ایسا شخص جس کے ذہن پر کسی ناارتفاع کردہ فکر یا پریشانی کا بار ہو اپنے کام کے طرف اپنی پوری توجہ مبذول نہیں کر سکتا۔ پھر تشویش کے مبداء اور اس کے استمرار کے اسباب کے متعلق پہلے بتلائے ہوئے طریقوں پر عمل کرنا چاہئے۔

بیخوابی۔ جہاں تک کہ اس کا انحصار براہ راست تشویش پر ہے، سبب کے علاج کے ساتھ اس میں اصلاح کی توقع کی جا سکتی ہے۔ اس خاص علامت کے متعلق مریض کو اکثر حد سے زائد تشویش لاحق ہو جاتی ہے۔ ایسی صورت میں اُسے یہ اطمینان دلانے کی ضرورت ہوتی ہے کہ بہت سے اشخاص اس سے بھی کم گھنٹوں کی نیند کے بعد اپنا کام بطریق احسن انجام دینے کے عادی ہوتے ہیں، اور ان میں نیند کی کمی کی وجہ سے کوئی بڑے علامات نہیں ظاہر ہوتے۔ مزید براں یہ بھی سمجھا دینا چاہئے کہ تشویش بیخوابی کا ایک فلمی سبب ہے، اور یہ کہ جوں جوں علاج جاری رہے گا اُسے اپنی حالت میں اس لحاظ سے بھی اصلاح نظر آئے گی۔ اس امر پر بھی بحث کرنی چاہئے کہ مخفی تشویش ڈراونے خواب پیدا کر دینے کی قوت رکھتی ہے۔

اگر بیخوابی کا آغاز حال ہی میں ہوا ہے تو ایسی سادہ تدبیریں اکثر کارگر

ہو جاتی ہیں۔ لیکن نیند ایک معکوس عمل ہے جس کا انحصار بڑی حد تک عادت پر ہوتا ہے، اور بدقسمتی سے بےخوابی پر بھی یہی بیان صادق آتا ہے۔ لہٰذا اگر یہ علامت چند روز سے زائد مدت تک جاری رہی ہے تو لازم ہے کہ طبیب نفسی علاج کے علاوہ دوسرے ذرائع سے بھی اس کا علاج کرنے میں پس و پیش نہ کرے۔ جیسا کہ ہمیشہ ہونا چاہئے، مریض کو ان ذرائع علاج کی توجیہہ اور لِم سمجھا دینا چاہئے۔

مزید ذرائع علاج یہ ہیں:۔ (۱) ادویہ، (۲) عادت پیدا کرنا، اور (۳) عضلی ارتخا۔

۱۔ اگر بےخوابی نسبتہً حال ہی میں ہونے لگی ہے، اور اس کی وجہ سے بہت تشویش پیدا ہو گئی ہے، تو مندرجۂ ذیل ترکیب مناسب ہے۔ پہلی شب مریض کو ہدایت کی جاتی ہے کہ نیند لانے کی کسی قابل اعتماد منوّم دوا کی ایک خوراک کافی مقدار میں لے [مثلاً میڈنیال (medinal) دس گرین، پیرالڈیہائڈ (paraldehyde) دو ڈرام، یا کلورل ہائڈریٹ (chloral hydrate) بیس گرین، چالیس گرین پوٹاسیم برومائڈ (pot. brom.) کے ساتھ]۔ اُسے فہمائش کی جاتی ہے کہ دوسری شب کو وہ دوا اپنے بستر کے پاس تیار رکھے اور اگر دوا کے بغیر نیند نہ آئے تو بلا پس و پیش اُسے لے لے۔ منوّم دوا کا نسخہ ایسی مقدار میں تجویز کر دیا جاتا ہے جو ایک ہفتہ کے لئے کافی ہو۔ مریض کا اطمینان کر دینا چاہئے کہ اس طریق عمل سے "دوا کی عادت" ہو جانے کا کوئی خطرہ نہیں۔ چند راتوں کے بعد عموماً پایا جائے گا کہ مریض کو قدرتی طور پر نیند آ گئی ہے اور دوا بغیر چکھی ہوئی بستر کے پاس رکھی ہوئی ہے۔ اب مریض کا اعتماد پھر قائم ہو جائیگا کہ میں بلا کسی مدد کے سونے کی قابلیت رکھتا ہوں۔ جب بےخوابی زیادہ مدت کی ہوتی ہے تو ممکن ہے کہ نیند لانے کے لئے منوّمات کا استعمال زیادہ طویل عرصہ تک کرنا پڑے۔ جوں جوں نفسیاتی علاج اور علاج کے دوسرے طریقے زیادہ کارگر ہوتے جائیں منوّمات کی مقدار خوراک بتدریج گھٹا دی جاتی ہے۔ دوائی علاج کے ساتھ ساتھ ہمیشہ دوسرے طریقوں کو جن کا حوالہ 783

دیا گیا ہے، شامل کرنا چاہئے۔

۲۔ بیشتر اشخاص کسی نہ کسی قسم کی رسم کے پابند ہوتے ہیں، جو معمولی حالات میں نیند سے پہلے ادا کرلی جاتی ہے اور تمہید خواب ہوتی ہے۔ ساعت، کمرہ، لباس اتارنے کی ترتیب، کتاب جو بستر میں پڑھی جاتی ہے، یہ سب حالات معکوسۂ نوم میں آسانی پیدا کرنے میں حصّہ لیتے ہیں۔ بےخوابی کی حالت پر بھی یہی بات صادق آتی ہے۔ اسی واسطے اس مریض کو جسے نیند کی عادت بحال کرنے کی تعلیم دی جارہی ہے، تبدیلِ ماحول سے اور سونے کے وقت کی عادتوں کو بدلنے سے فائدہ پہنچے گا۔ سونے کا کمرہ بدل دینا بھی اکثر بذاتہٖ مفید ہوتا ہے۔

۳۔ عضلی ارتخا نیند آنے کے لئے ایک نہایت اہم جسمانی حالت ہے۔ وہ مریض جو تشویش میں مبتلا ہوتے ہیں، اکثر اوقات شدید عضلی تنیدگی کی حالت میں ہوتے ہیں، جس کی وجہ سے وہ فوراً دقّت محسوس کرتے ہیں۔ اِس علامت کا انحصار بلاشبہ بنیادی عصابیت پر ہوتا ہے، اور سبب کا علاج کرنے سے اِس میں بھی اصلاح ہوتی جاتی ہے۔ تاہم بےخوابی کے ایک سبب کی حیثیت سے اِس کی روک تھام کسی حد تک اِس طرح کی جاسکتی ہے کہ مریض کو اپنے جوارح ڈھیلے کرنے کی مشق کرائی جائے۔ طبیب کو چاہئے کہ مریض سے اپنا ایک جارحہ بالکل ڈھیلا پڑا رکھنے کو کہے اور پھر اُسے اٹھا کر اور ہاتھ لگا کر اس کے ڈھیلے پن کا امتحان کرے۔ عموماً پایا جائے گا کہ مریض بجائے اس کے کہ اپنے جارحہ کو جاذبہ کے رُخ میں گرنے دے، اُسے ہمیشہ اپنے ارادے سے حرکت میں لاتا رہتا ہے۔ روزانہ مشق اور ارتکازِ توجہ کے ذریعہ بیشتر اشخاص کو گردن، دھڑ اور جوارح کے تمام عضلات کو باری باری سے اور بالآخر ایک ساتھ ڈھیلا کرنا سکھلایا جاسکتا ہے، اور نیند کے لیے یہ ایک مفید ذریعہ بن جاتا ہے۔

مرض کا ڈر۔ ابتدائی امتحان کافی طور پر مکمل ہونا چاہئے تاکہ طبیب کو ایک ایسی مستحکم حیثیت حاصل ہوجائے جس کی بنا پر وہ مریض کو پورا اطمینان دلاسکے کہ علامات کسی عضوی مرض کے سبب سے نہیں ہیں۔ اس قسم کے اطمینان

ولانے سے گو عارضی آرام و تسکین ممکن ہے مگر یہ بذاتہٖ کافی علاج نہیں ہو سکتا۔ ایک ذہین مریض عموماً یہ بیان کرتا رہے گا کہ علامات ہنوز موجود ہیں اور اُن کا کچھ نہ کچھ سبب ضرور ہونا چاہئیے۔ اس پر طبیب یہ سمجھانے کی کوشش کرے گا کہ جسمانی علامات جو اکثر عضوی مرض کے علامات سے مشابہ ہوتے ہیں، کس طرح جذباتی اختلال سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ خوف کی تاریخ آغاز کا سُراغ لگایا جاتا ہے اور اس کا تجزیہ اور توجیہ جاری رکھی جاتی ہے۔ امراض کے خوفوں کے ہمراہ بیماری کے متعلق ایسے ابتدائی خیالات پائے جاتے ہیں جیسے یہ کہ یہ گذشتہ گناہوں کی پاداش یا قہرالٰہی ہیں، چنانچہ اکثر اوقات ان خوفوں کا اصلی سبب صنفی غلط کاریوں پر پشیمانی ہوتی ہے۔

مخصوص مواقع کے خوفوں کے تجزیہ کے لئے مریض سے سادہ الفاظ میں احوالِ معکوسہ اور لاشعوری ذہنی اعمال کی ابتدائی توجیہہ بیان کر دی جائے۔ مریض کو پہلے یہ ذہن نشین کرا دیا جاتا ہے کہ اُس کے بعید از عقل اور بیجا خوف و ہراس کے پس پردہ کوئی معقول اور قابلِ فہم سبب کا موجود ہونا ممکن ہے۔ پھر اس پر اصرار کیا جاتا ہے کہ وہ اپنے خیالات کو پیچھے کی طرف لیجا کر اُس گزشتہ زمانے کو یاد کرے جب کہ اُس کی یہ تکلیف شروع ہوئی تھی، اور اُس وقت کی زندگی کے متعلق، اور بالخصوص اگر کوئی مخفی آرزوئیں، خوف و ہراس، یا ناکامیاں پیش آئی ہوں تو اُن کے متعلق بھی آزادانہ طور پر گفتگو کرے۔ اگر خود طبیب کو کافی طور پر یقین ہو جائے کہ کوئی سبب ضرور دریافت ہو سکتا ہے، تو عموماً واقعات بتدریج اپنے آپ کو بے نقاب کر دیں گے۔ مریض کو ایک صداقت کے تسلیم کرنے پر آمادہ کیا جاتا ہے، اور اس کی حوصلہ افزائی کیجاتی ہے کہ جن واقعات سے اس پر خوف طاری ہوتا ہے ان سے گریز نہ کرے، بلکہ اس قرین قیاس توجیہہ کے پیش نظر جو اسے بتائی گئی ہے وہ اِن کا مقابلہ کرنا سیکھے۔

صنفی امور کے متعلق خوف۔ اِن میں سے عام ترین جلق سے تعلق رکھتے ہیں۔ اِس موضوع پر گو طبیب کے ذاتی تعصبات کچھ بھی

ہوں، اُسے ایسا مشورہ دینا چاہیئے جو طرفداری اور ذاتیات سے پاک ہو۔

مریض کو اکثر یہ احساس ہوتا ہے کہ اِس عادت کے ارتکاب سے وہ نہ صرف خود اپنے معیار سے گر گیا ہے، بلکہ اُس نے خود کو اخلاقی طور پر ذلیل اور اپنے رفیقوں کے ساتھ ملنے جُلنے کے ناقابل ثابت کر دیا ہے۔ اُسے راستبازی کے ساتھ اطمینان دلا دینا چاہیئے کہ تندرست ذکور میں شاذ ہی چند ایسے ہوتے ہیں جو کسی نہ کسی وقت جلق کے مرتکب نہ ہوئے ہوں اور اُن دوست آشناؤں کو بھی، جن کے مقابلہ میں وہ خود کو اِس قدر بُرا سمجھتا ہے، یقیناً اُس کے جیسے ہی تجربات پیش آ چکے ہیں۔

علاوہ بریں دوسرے خوف بھی ہوتے ہیں، جن کا تعلق اُن خراب اثرات سے ہوتا ہے، جو خیال کیا جاتا ہے کہ جلق سے صحت پر مترتب ہو جاتے ہیں۔ کبھی کبھی ناواقف والدین یا اساتذہ ایسے خیالات ذہن نشین کر دیتے ہیں، جیسے یہ کہ اِس عادت سے دیوانگی یا سِل ریوی لاحق ہو جاتی ہے، اور عطائی نیم حکیم ذاتی منفعت کے اغراض سے بہ سعئ تمام ان کو ترقی دیتے رہتے ہیں۔

درحقیقت ایسی کوئی شہادت نہیں ہے جس سے یہ ظاہر ہو کہ جلق کا
784 فعل بطورِ خود فطری صنفی مباشرت کے نسبت زیادہ مضر اثرات رکھتا ہے۔ ایسے
نتائج جیسے کہ دردِ سر اور پستی، جن کی مریض کو شکایت ہوتی ہے، خود اِس فعل کا نتیجہ نہیں ہوتے، بلکہ اُس فعل کے ساتھ کی ذہنی تکلیف کا نتیجہ ہوتے ہیں، جو بڑی حد تک اُس خوف سے تناسب ہوتی ہے جو مریض کے دل میں نتائج کے متعلق ہوتا ہے۔ مریض اکثر مصر ہوگا کہ منی کا ضائع ہونا بذاتہ مضعف ہے۔ اِس کے جواب میں یہ بتلایا جا سکتا ہے کہ یہ اُس سے زیادہ نہیں جو طبعی صنفی جماع میں ہوتا ہے، جو ہزارہا اشخاص کی زندگیوں میں برابر واقع ہوتا رہتا ہے اور وہ اس کی وجہ سے کوئی بُرا اثر نہیں محسوس کرتے۔ ندامت کے متعلق جو اس معیار سے گر جانے کی وجہ سے پیدا ہوئی ہے، جو مریض نے اپنے لئے مقرر کر لیا ہے، مریض کو بتلانا چاہیئے کہ ایسے معیارات کا رکھنا ہی ایک خوبی کی

بات ہے، نیز یہ کہ نصب العین کا خاصہ ہی یہ ہے کہ جو کچھ انسان بننا چاہتا ہے وہ اس سے بلند تر ہو کہ جو وہ حقیقت میں ہے۔

متواتر اخراجات منی کے متعلق خوف و اندیشہ کا تدارک بھی اسی طریقہ سے کرنا چاہئے۔ ایسے "نقصانات" وہ علامات نہیں پیدا کر سکتے جو مریض اُن سے منسوب کرتا ہے، اور یہ بطور خود بے ضرر ہوتے ہیں۔ بلکہ تشویش ہی اخراجات منی کا سبب ہو سکتی ہے۔

عموماً ان موضوعوں کے متعلق بے تکلف بحث سے ان کی اہمیت میں تخفیف ہو کر وہ اپنی اصلی حیثیت میں نظر آنے لگیں گے، اور اس عصبانیت کے آغاز کے متعلق مزید تحقیق کے لیے راستہ صاف ہو جائے گا۔ وہ مریض جو اس نوعیت کی تشاویش میں مبتلا ہوتا ہے، اکثر ان کے اعتراف سے شرماتا ہے، مگر اگر معقول طریقے سے دریافت کیا جائے تو وہ ہمیشہ جواب دے گا۔ اس سے کہہ دینا چاہئے کہ تمام طبعی اشخاص کسی حد تک صنفی مشکلات میں مبتلا ہوتے ہیں، اور اُس سے اخراجات منی اور جلق کے بارے میں اُس کے ذاتی تجربات کے متعلق براہ راست سوال کرنا چاہئے۔

عورتوں میں اس نوعیت کی مشکلات نسبتاً کم پائی جاتی ہیں، اور جب یہ موجود ہوتی ہیں تو ان کا انکشاف بھی کم آسان ہوتا ہے۔ بایں ہمہ جلق کے متعلق پریشانی ان میں بھی عام ہوتی ہے، اور اگر اُس کی موجودگی کے شبہ کے لیے وجہ ہو تو اُس پر بھی ویسی ہی بے تکلفی کے ساتھ بحث کرنی چاہئے۔

مردوں میں صنفی عنانت (sexual impotence) (نامردی) عموماً گذشتہ جلق کی پریشانیوں کے ساتھ پائی جاتی ہے۔ ایسا شخص شادی ہونے پر رسم بستری کے وقت تشویش کی حالت میں ہوتا ہے اور اُسے اندیشہ ہوتا ہے کہ کہیں اُس کی گذشتہ غلط کاریوں نے اُسے جماع کے ناقابل نہ کر دیا ہو۔ یہ تشویش بذاتہٖ عنانت پیدا کر دینے کے لئے کافی ہوتی ہے۔ جب مریض کو یہ سمجھا دیا جائے کہ جلق ایک عالمگیر عادت ہے تو اُسے پھر اعتماد حاصل ہو جائے گا۔ ممکن ہے کہ ایک شخص جو پہلے اس معاملے میں طبعی تھا، جماع کا اقدام اُس وقت کرے جب کہ وہ دراصل خستگی میں مبتلا ہے،

اور ایکبار ناکام رہنے کے بعد پھر اُسے تشویش پیدا ہو جائے جو اُسے آئندہ موقعوں پر نامرد بنا دیتی ہے۔ یہاں بھی بے تکلفی کے ساتھ بحث اور توجیہہ اکثر اس حالت کو درست کرنے کے لئے کافی ہوگی۔ بعض اوقات اس کی ضرورت ہوتی ہے کہ بیوی سے علیحدہ گفتگو کر کے صنفی اصول صحت کے موضوع کے متعلق اس کی تفہیم کر دیجائے دوسری کوئی چیز عنانت پیدا کرنے کا اس قدر قوی سبب نہیں ہوتی جس قدر کہ وہ بیوی جو اپنے شوہر کی صنفی قابلیت کے متعلق شبہ یا تشویش ظاہر کرتی ہے۔

طبیعی علامات۔ منفی طبیعی امتحان کے بعد مریض کے علامات کا تفصیلی امتحان کر کے ان کی یہ توجیہہ کرنی چاہیئے کہ وہ جذباتی تعامل کی وجہ سے ہیں۔ ایسی توجیہہ مریض کے لئے اکثر نئی چیز ہوتی ہے، اور ممکن ہے کہ اُسے سمجھنے کے لئے اُسے کچھ وقت درکار ہو۔ اگر تفہیم میں کسی طرح کا جبر کرنے کی کوشش کی جائے گی تو اس کا امکان ہے کہ وہ مخالفت کرنے لگے۔ اسی واسطے دلائل بار بار پیش کرنے پڑتے ہیں، اور دوسرے مریضوں سے یا روزانہ زندگی سے مثالیں دینی پڑتی ہیں۔ مثلاً ہر شخص جانتا ہے کہ فکر و پریشانی سے دردسر پیدا ہو سکتا ہے۔ یہ ایک عام تجربہ کی بات ہے کہ ایک شخص جو ایک بڑے مجمع کو مخاطب کرنے کے لئے کھڑا ہوتا ہے، سامعین پر اچھا اثر پیدا کرنے کی تشویش کے ساتھ ساتھ ممکن ہے کہ اُسے دوران سر کا احساس ہو یا اُس کے پاؤں لڑکھڑانے لگیں۔ اکثر اوقات خوف کے ساتھ جوارح میں رعشہ ہونے لگتا ہے۔

سوءِ ہضم تشویش کی ایک مشہور علامت ہے ممکن ہے کہ ایک ایسا شخص جس کے فعل ہضم میں کسی مخفی فکر یا پریشانی کی وجہ سے خلل واقع ہو گیا ہے، اپنی تکلیف کو غذا کی کسی خاص شئے سے منسوب کرے۔ یہ خیال ایک بار ذہن نشین ہو لنے کے بعد، جب کبھی وہ یہ غذا کھاتا ہے تو اسی خوف و اندیشہ کے ساتھ کھاتا ہے کہ اس سے علامات پیدا ہو جائیں گے۔ یہ خوف بذاتہ طبعی ہضم میں مداخلت پیدا کر دینے کے لیے کافی ہوتا ہے۔ اس طرح ایک دائرۂ فاسد قائم ہو جاتا ہے جس سے وہ انتخابی سوءِ ہضم پیدا ہو جاتا ہے جو تشویشی عصبانیت کی ایک عام علامت ہے۔

ریحیت (flatulence) پُری کے احساس کی غلط تاویل کے سبب سے پیدا ہو جاتی

785 ڈکاریں لینے کی کوشش میں مریض ہوا نگل لیتا ہے اور معدے کا حقیقی تمدد پیدا کرسکتا ہے۔ اگر مریض کو محض یہ ہدایت کر دیجائے کہ ڈکار لینے کے اضطرار کو روکے تو اس توجیہہ کی صداقت کا ثبوت اُسے خود مل سکتا ہے۔

اسی طرح، پیش قلبی تکلیف اور اختلاج اور ارتباک تنفس اور پسینہ آنا بھی تشویش کے مشہور لوازم ہیں۔ جب مریض کو اطمینان ہو جاتا ہے کہ اس کے مخصوص علامات کوئی عضوی اساس نہیں رکھتے بلکہ ایسے ہیں کہ جو جذبات سے پیدا ہو سکتے ہیں، تو پھر اُسے پہلے بیان کئے ہوئے اصولوں کے مطابق اپنی علامت کے مبداء اور اُس کے جذباتی ماحول کو یاد کرنے کی ترغیب دیجاتی ہے۔ اس طرح ممکن ہے کہ اندرونی سرگذشتِ مرض رفتہ رفتہ ظاہر ہو جائے۔

علاج کا مقصد یہ ہے کہ مریض کو اپنے علامات کے متعلق ایسی بصیرت حاصل ہو جائے کہ جس سے اس کو اپنی علامات مرض نظر نہ آئیں۔ یہ مقصد حاصل ہو جانے پر بھی اِس کے آلام و مصائب ضرور نہیں کہ ختم ہو جائیں کیونکہ ممکن ہے کہ اب بھی اُسے اُن جذباتی مشکلات سے مقابلہ کرنا پڑے جو اِس مرض کی اساس ہیں۔ اکثر خود اُس مرض کی وجہ سے ان مشکلات سے محترز اور دُور رہنے کے لئے کچھ عذر حاصل ہوتا ہے۔ ممکن ہے کہ شفایابی کے ساتھ ہی نامرغوب ماحول میں واپسی کی ضرورت لاحق ہو۔ لہذا اس موقع پر رجحانِ نکس ہوتا ہے۔ مریض کو معمولی زندگی کے لئے اپنی ذہنی یا جسمانی قابلیت میں پھر شبہ ہونے لگتا ہے۔ اس رجحان کا تدارک اس لاشعوری محرک (یعنی ناخوشگوار فرائض سے بچنے کے لئے مرض کو ایک بہانہ بنانے کی خواہش) کے تجزیہ اور توجیہہ کے ذریعہ کرنا چاہئے، جو اس کا اصلی سبب ہے۔ مریض کے رشتہ داروں یا دوستوں سے ملاقات کرنے اور ان کی ہمدردی حاصل کر لینے سے اکثر صورتِ حال مریض کے لیے زیادہ آسان ہو جاتی ہے۔

ہسٹیریا (اختناق الرحم)

(hysteria)

ہسٹیریا کی اصطلاح ذہنی خرابی کی ایک خاص قسم بیان کرنے کے لیے استعمال

کی جاتی ہے، جو جسمانی علامات کی شکل میں ظاہر ہوتی ہے، یا جو ایک ممیز و مخصوص طرز کا غیر طبعی رویہ پیدا کر دیتی ہے (مشی فی النوم :somnabulism یا آوارہ گردی :fugues) ۔ لیکن ہسٹیریائی ذہنی خرابی کے کلی یا جزوی ظواہر کے طور پر بعض صریح طور پر ذہنی علامات بھی پیدا ہو سکتے ہیں، جیسے کہ جزائرِ نسیان، یا توہمات۔

بحث اسباب۔ ہسٹریا کے علامات شیر خواری کے بعد کسی بھی عمر میں نمودار ہو سکتے ہیں۔ وہ زیادہ عام طور پر صنف نازک میں پائے جاتے ہیں، لیکن ممکن ہے کہ استثنائی حالات میں (جیسے کہ جنگ عظیم میں پائے گئے تھے)، ان کا ظہور بعض اوقات بالغ مردوں میں بھی پایا جائے۔ اصابتوں کی اکثریت میں توارث تسبیب مرض میں ایک نسبتۃً غیر اہم حصہ رکھتا ہے۔ نسبتۃً بہت زیادہ اہمیت اُن ذہنی عادتوں کو حاصل ہے جو طفلی اور ریعان کے دوران میں دوسروں کے اقوال سن کر اور مثال کو دیکھ کر نمو یاب ہو جاتی ہیں۔ بہت سی مثالوں میں والدین خفیف جسمانی امراض یا حادثات کے متعلق مبالغے سے کام لیتے ہیں، اور بچہ کو کھلونوں یا مٹھائیوں سے بہلاتے سمجھاتے ہیں، یا یہ علامتیں کسی ناگوار فرض کو ادا کرنے سے بچنے کا بہانہ ہوتی ہیں، یا ان کی مدد سے بچہ مرکز توجہ بننے کی پسندیدہ حیثیت حاصل کر سکتا ہے۔ اسی طریقے سے اکثر و بیشتر ذہن کی اُس عادت کی بنیادیں پڑ جاتی ہیں، جس کا رجحان یہ ہوتا ہے کہ وہ شخص روزانہ زندگی کی مختلف مشکلات سے بچنے کے لئے، لاشعوری طور پر جسمانی علامات کا سہارا لینے لگتا ہے۔ اس کے برعکس اس شخص میں، جو اپنی تنقیدی قوتوں کو کام میں لانے کی تربیت پا چکا ہے، اور اپنی زندگی کے مشکل مسائل پر کم و بیش منطقی نظر ڈال سکتا ہے (گو وہ ان کو حل نہ کر سکے)، ہسٹریائی علامات پیدا ہونے کا امکان نہیں، تاوقتیکہ مخصوص طور پر مناسب ایعاز سے اُس کی تنقید کو کمزور نہ کر دیا جائے۔ تربیت کا تسبیبی عامل ہونا گذشتہ جنگ عظیم کے دوران میں صاف طور پر ظاہر ہو گیا۔ اس زمانے میں گو افسروں اور معمولی سپاہیوں میں وظیفی عصبی امراض غالباً مساوی طور پر عام تھے لیکن ہسٹیریائی علامات آخر الذکر میں نسبتۃً بہت زیادہ پائے گئے۔

ہسٹریا کے جدید تصور کے مطابق، کسی خاص ہسٹیریائی مظہر کی تسبیب میں

اہم چیز یہ ہے کہ اس کے لیے کوئی لاشعوری محرک موجود ہو۔ سابق الذکر مثال میں پہلے بتلایا گیا تھا کہ جنگ کی شدت و سختی کے بارے سپاہی میں ہسٹریائی شکل پیدا ہو گئی، جب کہ اصلی لاشعوری محرک خطرے سے بچنے کی خواہش تھی۔ دوسری اصابتوں میں ممکن ہے کہ محرک کا سمجھنا نسبتہً بہت زیادہ مشکل ہو لیکن اغلب یہ ہے کہ وہ تمام اصابتوں میں موجود ہوتا ہے۔ چنانچہ یہ بتلایا جا سکتا ہے 786
کہ ایک نوعمر عورت میں ہسٹریائی نوعیت کے دوروں کا وقوع اس دبی ہوئی خواہش کا نتیجہ ہو سکتا ہے کہ غفلت شعار عاشق کو اس کے پاس رہنے کی ترغیب ہو۔ ایسے حالات میں جن میں ایک ناخوشگوار خط لکھنے کی ضرورت لاحق ہو، دائیں ہاتھ میں شکل یا رعشہ واقع ہو سکتا ہے، یا کسی شرمیلے شخص میں، خود کو نمایاں کرنے اور مرکز توجہ بن جانے کی خواہش ان علامات کی اصلی محرک ہو سکتی ہے۔

ان علامات کا ایک اور سبب عموماً ایعاذ (suggestion) کی شکل میں ملتا ہے۔ یہ ایعاذ اندرونی ہو سکتا ہے۔ مثلاً ایک عورت کو پشت میں ٹیس اٹھتی ہے۔ اُسے یاد آتا ہے کہ ایک ہجولی کو بھی یہی علامت تھی جس کے بعد ٹانگوں میں شلل ہو گیا تھا، اور اُسے یقین ہو جاتا ہے کہ میں بھی ویسے ہی مرض میں مبتلا ہوں۔ یا ممکن ہے کہ یہ ایعاذ بیرونی طور پر دوستوں کے اتفاقی کلمات سے یا طبیب کی غلط رائے سے پیدا ہو جائے۔

ایعاذِ مرض خواہ کچھ بھی ہو، پس پردہ لاشعوری محرک کی وجہ سے وہ بلا منطقی وجوہ قبول کر لیا جاتا ہے۔ جذباتی مسائل سے بچنے کے لیے اِدّعائے مرض سے زیادہ تشفی بخش کوئی دوسرا عذر نہیں۔ یہ بلاشبہ متمارض (malingerer) بھی بخوبی جانتا ہے۔ لیکن ایک متمارض اور اُس مریض کے درمیان جو ہسٹریائی علامات میں مبتلا ہے ایک حقیقی فرق ہوتا ہے۔ اول الذکر کا کام دوسروں کو دھوکا دینا ہے۔ ہسٹیریا کا مریض خود کو دھوکا دیتا ہے، اور اس کی مشکلات کے تشفی بخش حل کے لئے یہ ضروری ہے کہ یہ خود فریبی کامل درجہ کی ہو۔ متمارض اپنے علامات کو جب سہولت ہو ترک کر سکتا ہے، اور ترک کر دے گا۔ ہسٹیریائی از کار رفتگی خواہ یہ بعض طریقوں سے

کیسی ہی غیر سہولت بخش ہو ہمیشہ موجود رہتی ہے۔ تاوقتیکہ اس کی صداقت کے متعلق مریض کا یقین دور نہ ہو جائے۔

ہسٹیریا کے **علامات** نہایت گوناگوں نوعیت کے ہو سکتے، اور عضوی مرض کی بہت سی قسموں سے قریبی مشابہت پیدا کر سکتے ہیں، جنسے ان کی تفریق محض محتاط امتحان کے ذریعہ سے ممکن ہے۔ گزشتہ زمانے کے بعض مصنفین نے بعض طبیعی امارات کے کارآمد ہونے کے متعلق بہت کچھ زور دیا ہے، جو اس حالت کے لئے دال مرض سمجھے جاتے تھے اور اسی واسطے میاسم ھسٹیریا (stigmata of hysteria) کے نام سے مشہور ہیں۔ لیکن حال ہی میں بتلادیا گیا ہے کہ یہ امارات غالباً تمام اصابتوں میں ان ایعازات کی وجہ سے پیدا ہو گئے تھے جو طبیعی امتحان کے دوران میں طبیب کے طرف سے ہوئے تھے۔ یہ یاد رکھنے کی بات ہے کہ ہسٹیریائی مریض میں قوتِ تنقید کا فقدان ہوتا ہے، اور اسی واسطے اپنے جسمانی احساسات کی نوعیت کے متعلق مریض کی قوت فیصلہ کسی دوسرے شخص کے خفیف ترین ایعاز سے متاثر ہو جانے کا امکان رکھتی ہے، بالخصوص جب کہ یہ ایعاز خود مریض کے اس جمے ہوئے خیال کے مطابق ہو جو وہ اپنے مخدوش جسمانی مرض کے متعلق رکھتا ہے، اور جب کہ یہ ایعاز کسی ایسے شخص کے طرف سے ہو جس کی معلوماتِ امراض پر مریض کو بلا حجت اعتماد ہو۔ اسی واسطے، مثلاً، جلدی حس پذیری دیکھنے کے امتحان میں یہ ممکن ہے کہ ہم جس لہجہ میں دریافت کریں اس پر ہی مریض کا جواب منحصر ہو، اگرچہ ہر لحاظ سے عقل سلیم کے خلاف ہو۔ اِس طرح ممکن ہے کہ جلدی بے حسی ذرو کے ایسے رقبے پیدا ہو جائیں، جن میں مریض بیان کرتا ہے کہ وہ الین کا چبھانا محسوس نہیں کر سکتا، گو یہ اتنی گہری چبھائی جائے کہ خون نکال دینے کے لئے کافی ہو۔ یا استبصاری میدان کے امتحان میں ایسی غیر طبعی حالتیں منکشف ہوں، جو طریقہ امتحان کے لحاظ سے مختلف ہوتی ہیں اور اسی پر منحصر ہوتی ہیں (Hurst)۔

یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ ہسٹیریا کی کثیر التعداد اصابتوں میں ایک زیر افتادہ عضوی مرض کے امارات موجود پائے جاتے ہیں (خواہ یہ عضوی مرض عصبی نظام

ہو یا دوسرے جسمانی نظامات کا، جو ایک عصبانیت کے نمو کے لئے نقطۂ آغاز بن گیا ہے۔ لہٰذا طبیب کو بعض موقعوں پر ہسٹیریا کے آمارات اور عضوی مرض کے امارات ایک ہی مریض میں دیکھنے کے لئے تیار رہنا چاہیئے، اور مریض کی حالت کا آخری خلاصہ پیش کرتے وقت، فیصلہ کرنا چاہیئے کہ علامات کا کس قدر تناسب وظیفی ہے، اور اسی واسطے نفسیاتی معالجہ کے ذریعہ قابل شفایابی ہے۔ مثلاً ممکن ہے کہ ایک مریض ایسا ملے جیسے شانہ سے لے کر نیچے کی طرف سارے بازو کے شلل کی شکایت ہے، جس کا آغاز ایک تضرر سے ہوا جو کام کرتے وقت پہنچا تھا۔ امتحان سے ظاہر ہوتا ہے کہ تضرر کاندیہ کہنی سے نیچے ہے۔ اس لیول پر عصب زندی کے کٹ جانے کے امارات ہاتھ کے چھوٹے عضلات کے موزوں ذبول کی شکل میں موجود ہیں۔ لیکن امتحان جس سے ظاہر ہوتا ہے کہ عدم حسیت اوپر کو بغل کے لیول تک پہنچتی ہے، عضلات کی طاقت کلی طور پر مفقود ہے اگرچہ اس کے ساتھ نہ تو کوئی لاغری ہے اور نہ دتری جھٹکوں میں کوئی تبدیلی پیدا ہوئی ہے۔ ایسی حالت میں نفسیاتی علاج کے طریقوں سے (جن کا بیان آگے درج ہے) ان علامات کا بیشتر حصہ دور کیا جا سکتا ہے، جس سے ایک خفیف عضوی باقی ایسا رہ جاتا ہے جس کے لیے جراحی علاج کی ضرورت ہوتی ہے۔ یا ممکن ہے کہ ایک ایسی عورت دیکھنے میں آئے، جو ٹانگوں کے کلی شلل کی وجہ سے چند ماہ سے صاحب فراش ہے۔ نظام عصبی کے امتحان سے عضوی مرض کے واضح امارات، یا سرطا خمصی مجیبت کی موجودگی اور شکمی معکوسات کی عدم موجودگی کی شکل میں ظاہر ہوتے ہیں اور سیر گذشت مرض کا محتاط تجزیہ صلابت منتشرہ (disseminated sclerosis) کی تشخیص قائم کرنے کے لئے کافی ہوتا ہے۔ بایں ہمہ عصبی وظیفہ کی خرابیاں (جو شلل، فقدان حس پذیری، تشنجیت یا عدم ہم آہنگی کی شکل میں موجود ہوتی ہیں) چلنے کی ناقابلیت کی توجیہہ کے لیے ناکافی ہوتی ہیں۔ ایسی حالت میں ممکن ہے کہ نفسیاتی علاج کی تدابیر سے مریض میں چلنے کی طاقت بحال کی جاسکے، گو ظاہر ہے کہ زیر افتاد عضوی مرض پر ان کا کوئی اثر نہیں ہوگا۔ اب ہسٹیریا کے بعض عام تر مظاہر کا بیان ذہنی، عصبی، اور حشائی عنوانات کے تحت کیا جائے گا۔

ہسٹیریا میں ذہنی حالت۔ ہسٹیریا کی تعریف میں پہلے بیان کر دیا گیا ہے کہ یہ مرض اوّلی طور پر ذہنی اعمال کا ہوتا ہے، اور گو اِس عارضہ کے بیرونی مظاہر عموماً جسمانی علامات کی شکل اختیار کر لیتے ہیں، تاہم بعض اوقات مریضہ کے عام طرزِ عمل سے اُس کی ذہنی حالت کا پتہ چل سکتا ہے۔ ہسٹیریا کی ذہنی حالت کا اصلی اور ضروری خاصّہ عملِ افتراق ہے، جس کی وجہ سے تصورات اور جذبات کا ایک مجموعہ یا مخلوطیہ، جن کا تعلق شخصیت سے ہوتا ہے، میدانِ شعور سے باہر رہ جاتا ہے۔ بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ عارضی طور پر اس حالت کے بالکل برعکس حالت پیدا ہو جائے، چنانچہ سارا میدانِ شعور فی الوقت اُنھیں تصورات اور جذبات و خیالات سے پُر ہو جاتا ہے جو پہلے خارج کر دیے گئے تھے، اور وہ تصورات اور جذبات جو پہلے اس مریضہ کی شعوری ذہنی فعالیتیں بناتے تھے اب باہر نکال دیے جاتے ہیں۔ اس طرح دوھری شخصیت کی وہ اصابتیں پیدا ہو جاتی ہیں، جن میں ممکن ہے کہ مریضہ دقیقوں، گھنٹوں، بلکہ دنوں کے عرصہ تک ایسے طریقے سے گفتگو اور برتاؤ کرے جو اس کے معمولی طرزِ عمل سے بالکل مغائر ہو، اور پھر جب اُس کی شخصیت اپنی معمولی حالت پھر اختیار کر لیتی ہے تو ممکن ہے کہ جو کچھ گذرا ہے وہ اُسے مطلق یاد نہ رہے۔ سادہ ترین شکل میں ایسا مفترق طرزِ عمل خواب خرامی (sleep walking) کی حالت اختیار کر سکتا ہے، جس کی مشہور و معروف مثال علم ادب میں شیکسپیئر کے ڈراما، لیڈی میک بیتھ کی ہے۔ چلنے کے حادثات (walking episodes) کو جو ایسی ہی مگر زیادہ پیچیدہ نوعیت کے ہوتے ہیں، ہسٹیرائی آوارہ گردی (hysterical fugues) کہتے ہیں۔ یہی ذہنی عملِ افتراق اس حالت کا سبب بھی ہے، جسے نام نہاد طور پر ہسٹیریائی نسیان (hysterical amnesia) کہتے ہیں، اس میں مریض اپنی زندگی کی کسی ایسی حیثیت کو بالکل بھول جاتا ہے جو دردناک اور ناخوشگوار تجربات سے وابستہ ہوتی ہو۔

بالعموم ہسٹیریائی مبدا کے طبیعی علامات رکھنے والا مریض جذباتی بار کے امارات نہیں ظاہر کرتا، لہٰذا وہ عامیانہ معنوں میں عموماً "ہسٹیریائی" نہیں ہوتا۔

اس کے برعکس یہ بار ہا دیکھا گیا ہے کہ یہ مریض اپنی علامات سے نجات پانے کی ظاہری خواہش کے باوجود اس بارے میں گہرا احساس نہیں ظاہر کرتے، اور درحقیقت اپنی حالت سے غیر معمولی طور پر راضی اور مطمئن ہوتے ہیں۔ یہ بآسانی سمجھ میں آسکتا ہے، بہ شرطیکہ تسلیم کر لیا جائے کہ یہ علامت بذاتہ مریض کے ذہن کی بعض زیر اقتدار خواہشوں کو تسکین پہنچاتی ہے جن کی موجودگی کی خود مریض کو صاف صاف خبر نہیں ہوتی۔

عصبی علامات۔ ہسٹریائی دورہ (hysterical fit)۔ یہ حملے جو ہسٹریائی تشنجات اور "ہسٹیریا کے دوروں" کے نام سے مشہور ہیں، عموماً جذباتی اختلال سے پیدا ہو جاتے ہیں۔ یہ عموماً دوسروں کی موجودگی میں، یا ایسے حالات میں ہوا کرتے ہیں، جہاں دوسروں کی توجہ کو اپنی طرف متوجہ کر سکنے کا امکان ہو۔ ممکن ہے کہ مریضہ کو دم گھٹنے کے احساسات، دوران سر یا غشی کی شکایت ہو، اور اس پر رونے یا ناقابل ضبط ہنسی کا دورہ ہو جائے۔ دوسری اصطلاحوں میں مریضہ زمین پر گر جاتی ہے (عموماً آہستہ سے)، یا کسی کرسی یا صوفہ پر، اور فی الفور تشنجی حرکات کی حالت میں ہو جاتی ہے۔ اگر طبیب نے انہیں دیکھا ہے تو عموماً بہ آسانی معلوم ہو جاتا ہے کہ یہ عضائی نوعیت کے ہیں۔ ممکن ہے تنشی انقباض کی ہئیتیں پائی جائیں، جن میں جسم اور جوارح اکڑ لیئے جاتے ہیں اور ہاتھوں کی مٹھیاں بند ہو جاتی ہیں، لیکن یہ تنفسی عضلات کو اس درجہ تک ماؤف نہیں کرتیں کہ جس سے زراق پیدا ہو جائے۔ پپوٹے عموماً بند ہوتے ہیں، اور ان کو کھولنے کی کوششوں کی مزاحمت کی جاتی ہے۔ اگر ان کو کھول لیا جائے تو آنکھ کے ڈھیلوں کو اوپر کے طرف بالائی پپوٹے کے نیچے پھیر لیا جاتا ہے۔ حقیقی رجفی جھٹکے نہیں ہوتے۔ ممکن ہے کہ مریضہ اپنے کپڑے نوچے اور پھاڑ ڈالے، اپنا سر اپنے ہاتھوں سے پیٹے، یا قریب کھڑے ہوئے لوگوں کو پنجوں سے پکڑنے لگے۔ ممکن ہے کہ وہ اپنے دانت کچکچائے اور منہ سے لعاب نکل آئے۔ لیکن زبان نہیں کٹتی۔ عاصری اقتدار مفقود نہیں ہوتا۔ اکثر حملے کے دوران میں تھوڑے وقفہ سے

788

چیخیں نکلتی ہیں، کراہنے کی آوازیں نکلتی ہیں، یا صاف الفاظ میں واویلا ہوتا ہے۔ حقیقی بیہوشی نہیں ہوتی۔ اگرچہ مریضہ سوالات کا جواب نہیں دیتی، اُس کی موجودگی میں جو کچھ کہا یا کیا جاتا ہے اُس سے متاثر ہوتی ہے۔ آس پاس والے جسقدر زیادہ گھبراہٹ ظاہر کرتے یا شور و غوغا مچاتے ہیں، مریضہ کے جوش و خروش کی نمایش اسی قدر زیادہ و تند ہوتی ہے۔ اس طرح یہ حملہ دو تین گھنٹے تک جاری رہ سکتا ہے۔ اگر مریضہ کے طرف التفات نہ کیا جائے تو ممکن ہے کہ ابتداءً ان علامات کی شدت بڑھ جائے، لیکن اگر خاموشی سے کام لیا جائے تو یہ جلد کم ہو جاتے ہیں۔ معکوسات میں کوئی اختلال نہ تو حملہ کے دوران میں ہوتا ہے اور نہ اس کے بعد۔ بالعموم حملہ کے اختتام پر طبیعت بہ سرعت بحال ہو کر چند لمحوں میں مریضہ کی تمام قوتیں عود کر آتی ہیں۔ ممکن ہے کہ مریضہ اس حادثہ کے متعلق قطعی لاعلمی ظاہر کرے۔ یہ اکثر تو بہانہ ہوتا ہے، مگر ممکن ہے کہ ہسٹریائی نسیان کی وجہ سے ہو، اور اس صورت میں ممکن ہے کہ علاج کرنے کے بعد مریضہ کو حملہ کے دوران کے واقعات یاد آنے لگیں۔

حواس مخصوصہ کی خرابیاں۔ ہسٹریائی نابینائی کسی طرح عام نہیں، لیکن جنگ عظیم سے اس کی بہت سی اصابتیں پیدا ہو جانے کا اندراج ہوا ہے۔ بیشتر مثالوں میں یہ ایسے شخص کی حالت میں واقع ہوئی ہے جو خراش آور گیس میں منکشف رہا اور اس وقت کے لئے حاد التہاب ملتحمہ (acute conjunctivitis)، نور ہراسی (photophobia) اور تشنج الاجفان (blepharospasm) کی وجہ سے دیکھنے کے ناقابل رہا۔ ان میں سے بعض مریض سالہا سال تک اندھے رہے اور پھر نفسیاتی علاج کے ذریعہ ان کے علامات دور ہوئے۔ بلاشبہ ایسی اصابتوں میں چشم بین کے ذریعہ امتحان کرنے پر کوئی غیر طبعی حالت نہیں پائی گئی۔ ہسٹیریائی صمم (hysterical deafness) بھی نادر نہیں، اور یہ دوسری علامت تھی جو دوران جنگ میں ایسے شخص میں دیکھی جاتی تھی جو گولے کے دھماکے سے عارضی طور پر بہرا ہو گیا ہو۔ یہ عموماً ایک جانبی ہوتا ہے، لیکن ممکن ہے کہ دونوں جانبوں کو ماؤف کر دے۔ ہسٹیریائی صمم کی تشخیص ایسی کسی سرگذشت یا ماراث کی غیر موجودگی سے ہو سکتی

ہے، جن سے درمیانی گوش کا مزمن التہاب مترشح ہوتا ہو، نیز وظیفۂ دہلیزی کے لیے کاشفات عمل میں لانے سے۔ اگر ان حالات میں ان کاشفات سے تعاملات طبعی ملیں تو یہ صمم تقریباً یقیناً ہسٹیریائی مبداء کا ہے۔

قحفی اعصاب (cranial nerves) عضلۂ محیطۃ الجفن کا ہسٹیریائی تشنج، یا تشنج الاجفان نہایت عام طور پر ہوا کرتا ہے، اور اکثر ہسٹیریائی نابینائی کے ساتھ ہوتا ہے۔ یہ اکثر ملتحمات چشم کی خراش کے بعد ہو جاتا ہے جیسے کہ مزمن التہابِ ملتحمہ میں، اور دورانِ جنگ میں اس کا عام سبب خراش آور گیس تھی۔ چہرہ اور زبان بھی بعض اوقات تشنج سے ماؤف ہو جاتے ہیں۔ اس طرح ممکن ہے کہ ہسٹیریا کے مریض میں چہرے کی ایک جانب کا انقباض وجہی شلل سے اس لئے مشابہت پیدا کر دے کہ دوسری جانب حالتِ سکون میں بوجہ تضاد کمزور نظر آتی ہے۔

ہسٹیریائی بکم (hysterical mutism) غیر عام علامت نہیں اور اس کا تذکرہ پہلے کیا گیا ہے۔ یہ شدید جذباتی صدمے کے بعد نمودار ہو سکتا ہے، مثلاً جنگ والی اصابتوں میں، جن میں یہ تصور کیا جا سکتا ہے کہ وہ شخص اس لمحہ کے لئے مارے خوف کے گونگا ہو گیا۔ بولنے کی کوشش کرنے پر مریض کسی قسم کی آواز نہیں نکال سکتا، تاہم بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ وہ خاصی آواز کے ساتھ کھانس سکے۔ **ہسٹیریائی بے صوتی** (hysterical aphonia) کی حالت میں مریض صرف سرگوشی میں گفتگو کر سکتا ہے۔ یہ نہایت عام طور پر نازلتی التہاب حنجرہ (catarrhal laryngitis) کے حملے کے بعد پیدا ہو جاتی ہے، اور اسے اس علامت کا جو ابتداءً عضوی تھی تسلسل سمجھنا چاہئے۔ حنجرہ بین سے امتحان کرنے پر احبال الصوت کے عضلاتِ مقربہ غیر حرکت پذیر نظر آ سکتے ہیں۔ یہ امر نوٹ کرنے کے قابل ہے کہ ایسی متعدد اصابتوں میں مریض بلا کسی بھرائی آواز کے بلند مرتفع آواز میں سرگوشی کرتا ہے، اور یہ نکتہ بذاتِ خود تشخیصی اہمیت رکھتا ہے۔ (ملاحظہ ہو شللِ عضلاتِ حنجرہ)۔

حسی علامات۔ درد اور الیمیت کی شکایتیں بار ہا ہسٹیریائی نوعیت کی مقامی علامتوں کے ہمراہ پائی جاتی ہیں۔ اس طرح ممکن ہے کہ دردِ سر یا دردِ پشت

اور چند یا پریا فقراتی شوکوں پر الیمیت کی شکایت ہو، یا جوارح کے ہسٹریائی تقبض کے ہمراہ حرکت کی کوشش کرنے پر بہت درد کی شکایت ہو۔ ہسٹریائی عدم حسیت کا ذکر پہلے کیا گیا ہے، جب یہ بیان کیا گیا تھا کہ یہ علامت عموماً عصبیاتی امتحان کے نتیجہ کے طور پر پیدا ہو جاتی ہے۔ نیز یہ اکثر ہسٹریائی شلل کے ہمراہ موجود ہوتی ہے۔ یہ عموماً اپنی توزیع کی نوعیت سے شناخت ہو جاتی ہے، کیونکہ یہ توزیع کسی تشریحی قانون کے مطابق نہیں ہوتی، بلکہ محض مریض کے اپنے تصور تشریح پر منحصر ہوتی ہے۔ مثلاً جب عدم حسیت ہاتھ یا پاؤں کے شلل کے ساتھ ہوتی ہے، تو عموماً "دستانہ" 789
یا "جراب" کی توزیع رکھتی ہے۔

حرکی علامات۔ ان کی تقسیم شللات اور تقبضات اور غیر ارادی حرکات میں ہو سکتی ہے۔

حرکی شلل (motor paralysis) تمام ہسٹریائی علامات میں سب سے زیادہ عام ہے۔ یہ یک عضوی فالج، فالج نصفی یا فالج، یا چاروں جوارح کے شلل کی شکل اختیار کر سکتا ہے۔ یہ شلل عموماً کامل ہوتا ہے اور ممکن ہے کہ رخو ہو یا اس کے ساتھ عضلات کا تقبض ہو۔ آخر الذکر شکل نسبتہً عام ہوتی ہے۔ بالعموم اس کا آغاز ناگہانی، اور عموماً جسمانی یا جذباتی ضربہ کے بعد ہوتا ہے، یا ممکن ہے کہ یہ اکثر کسی عضوی المبداء کمزوری کے تسلسل کی شکل میں ظاہر ہو جائے، مثلاً ایک کسر کے بعد جس کے لئے مکسور جارحہ کو عرصہ دراز تک جبیرہ بند رکھا گیا ہو۔ رخو قسم اور تقبضی قسم، دونوں میں شلل عموماً عضلات کے سب گروہوں کو مساوی طور پر ماؤف کرتا ہے، اور قشری، فلقی، یا محیطی عصبی توزیع کا کوئی لحاظ نہیں ہوتا۔ جب مریض سے مشلول جارحہ کو حرکت دینے کیلئے کہا جاتا ہے، تو کوشش کی بہت کچھ نمائش کے باوجود حرکت بہت کم ہوتی ہے یا کچھ نہیں ہوتی۔ یہ نوٹ کرنے کی بات ہے کہ اگرچہ عدم استعمال کے باعث عضلات کا کسی قدر ذبول ہو سکتا ہے، مگر یہ کبھی اتنا نمایاں نہیں ہوتا جتنا کہ اسفل حرکی عصبیہ کے ضرر کی حالت میں ہوتا ہے، نیز یہ کہ جن اصابتوں میں تقبض ہوتا ہے اُن میں کرختگی قسم کے لحاظ سے یا عضلی توزیع کے لحاظ سے اُس تشنجیت کی سریری تصویر کے ساتھ کوئی مطابقت نہیں رکھتی جو

بالائی حرکی عصبیہ کے ضرر سے پیدا ہوجاتی ہے۔ مزید برآں وہ عدم حسیت جو اکثر موجود ہوتی ہے اپنی توزیع میں کسی تشریحی قانون کی متابعت نہیں کرتی، اور نہ وتری جھٹکوں کی کوئی غیر طبعی حالت ہوتی ہے۔ ہسٹیریائی شلل کی تشخیص میں ایک مظہر جو قطعی اہمیت رکھتا ہے یہ ہے کہ کسی خاص حرکت کو عمل میں لانے کی کوشش میں اصلی محرکات اور اُن کے ضد متنازع عضلات کا ہمزمان یا بہ سرعت تبادل کرنے والا انقباض ہوتا ہے۔ مثلاً اگر ہسٹیریائی طور پر مشلول بازو والے مریض سے کہنی کے مقام پر خمیدگی کی حرکت عمل میں لانے کو کہا جائے تو شاہد عضلۂ ذوراسین اور عضلۂ ثلاثۃ الرؤس، دونوں کا بیک وقت حس کرکے محسوس کرسکتا ہے کہ دونوں عضلات ہمزمان طور پر یا بہ سرعت یکے بعد دیگرے منقبض ہوتے ہیں، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ عضلی مشقت کے بہت صرف کے باوجود یا تو حرکت بالکل ہوتی ہی نہیں یا صرف جھٹکوں کا یکے بعد دیگرے ایک تسلسل واقع ہوجاتا ہے۔ یہ مظہر کسی ایسی حالت میں نہیں واقع ہوتا جو عضوی مرض کی وجہ سے ہو۔ بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ ہسٹیریائی نقص عضوی حالت سے قریبی طور پر مشابہ ہو۔ لیکن محتاط عصبیاتی امتحان سے عموماً اس کی تفریق کی جاسکتی ہے۔ عضوی عصبی مرض کی کرختگی کے خلاف ہسٹیریا میں یہ پایا جائے گا کہ مجہول حرکت کی مزاحمت جس قوت کے ساتھ کی جاتی ہے، وہ اس قوت کے لحاظ سے جو کہ شاہد استعمال کرتا ہے براہ راست اختلاف پذیر ہوتی ہے۔

شلل کی ایک شکل جو ہسٹیریا میں علی الاکثر ہوا کرتی ہے، لاعزمی تخیف (astasia abasia) کے نام سے بیان کی گئی ہے۔ اس حالت میں مریضہ جبتک کہ وہ بستر میں لیٹی ہوئی ہے، جارحۂ اسفل کی تمام ارادی حرکتیں طبعی قوت کے ساتھ اور ٹھیک ٹھیک انجام دے سکتی ہے۔ لیکن جب اُسے بالکل ٹانگوں کے بل کھڑا کردیا جائے تو وہ چل نہیں سکتی۔ ہسٹیریا کی غیر ارادی حرکتیں نہایت مختلف الاشکال ہوسکتی ہیں، جن میں رعشہ کی مختلف قسمیں بعض اوقات عضوی مرض کے رعشوں سے بمشکل تمیز کی جاسکتی ہیں۔ مگر وہ امارات غیر موجود ہوتے ہیں، جو عموماً مرض گریوز (Graves' disease)، صلابت منتشرہ (disseminated

(sclerosis) شلل اہتزازی (paralysis agitans) اور دوسرے امراض کے عضوی رعشوں کے ساتھ پائے جاتے ہیں۔

بالعموم ہسٹیریا میں معکوسات کوئی غیر طبعی حالت نہیں ظاہر کرتے، اگرچہ یہ بیان کیا گیا ہے (Hurst) کہ شکم کی ہسٹیریائی عدم حسیت کی اصابتوں میں شکمی معکوسات غیر موجود ہو سکتے ہیں، اور جب عدم حسیت جاتی رہتی ہے تو یہ معکوسات بھی عود کر آتے ہیں۔

بعض اوقات تبویل اور تبرز کے وظائف ماؤف ہو جاتے ہیں اور عام ترین علامات یہ ہوتے ہیں کہ یا تو احتباس بول ہوتا ہے یا عسر تبرز۔ ایسی اصابتوں میں عضوی مرض کے امکان کو خارج کرنے کے لیے بہت احتیاط سے کام لینا چاہیئے۔

بالعموم ہسٹیریا میں وضع اور رفتار کی غیر طبعی حالت اُس غیر طبعی حالت سے بہ آسانی تمیز کی جا سکتی ہے جس کا انحصار عضوی امراض پر ہو۔ بعض مثالوں میں رفتار کی خرابیاں آدابتوں (mannerisms) کی شکل اختیار کر لیتی ہیں، مثلاً پھدکنے یا جست کرنے بلکہ کیکڑے کی طرح ایک جانب کو چلنے کی۔

790 وضع کی غیر طبعی حالتوں میں سے خمیدگی پشت بیان کی جا سکتی ہے جو ریڑھ کے عظمی مفصلی التہاب (osteoarthritis of the spine) کی بعض ترقی یافتہ اصابتوں کی خمیدگی پشت سے مشابہ ہوتی ہے۔

ہسٹیریا میں تغیرات پرورشی (trophic changes) جداگانہ علامات کے طور پر نہیں واقع ہوتے۔ اگرچہ ہاتھ پاؤں کے عرصۂ دراز کے شلل میں جلد کا نیلا پن اور ناخنوں کی بھربھراہٹ دیکھی جا سکتی ہے، مگر یہ تغیرات عدم استعمال کے لوازمات ہیں۔ طویل المدت تقبض کی بعض اصابتوں میں ممکن ہے کہ مفاصل کے قرب وجوار میں جلد کا انسحاج واقع ہو جائے۔

ہسٹیریائی عسر البلع (hysterical dysphagia) بھی غیر عام نہیں، اور ممکن ہے کہ یہ ہسٹیریائی گولہ (globus hystericus) کے احساس کے ہمراہ پایا جائے۔ یہ خیال کرنے کی کوئی وجہ نہیں کہ یہ مخصوص احساس اپنی

فعلیات کے لحاظ سے اُس "گولے" کے احساس سے مختلف ہے جو طبعی اشخاص وقتاً فوقتاً محسوس کرتے ہیں اور جو مُری میں پیدا ہوتا ہے (ملاحظہ ہو صفحہ 333)۔

نام نہاد ہسٹیریائی قئے اور بلع الهوا (ærophagy) کا تذکرہ قلصات (tics) کے عنوان کے تحت کیا گیا ہے۔ اور اُن کا بیان صفحات 338 اور 341 میں ملے گا۔

ہسٹیریائی سرعت تنفس (hysterical polypnœa) وہ حالت ہے جس میں بلا کسی ریوی مرض کے شدید سرعت تنفس ہوتی ہے۔ گو ممکن ہے کہ تنفس کی شرح فی دقیقہ ساٹھ یا ستر تک پہنچے، مگر ہر ایک سانس بہت غیر عمیق ہوتی ہے۔

تشخیص۔ اس کا انحصار اولاً تو عضوی مرض کے ایسے امارات کو خارج از بحث کرنے پر ہوتا ہے جو مشاہدہ کردہ علامات کی توجیہہ کر سکیں۔ لیکن بعض علامات ایسے ہوتے ہیں جو تشخیص قایم کرنے میں بذات خود قطعی اہمیت رکھتے ہیں جیسے کہ احبال الصوت کے مقربات کے انفرادی شلل کے ساتھ بے صوتی، اور کسی مشلول جارحہ یا عضلہ میں اصلی محرکات اور ضد تنازعات کی ایک ساتھ حرکت۔

نیز ایسے شکلات کا اجتماع جن کی توجیہہ ایک منفرد ضرر کی بنا پر نہیں کی جا سکتی ہو، ایک مشتبہ امر ہے، مثلاً ایک آنکھ کو کھولنے کی ناقابلیت جس کے ساتھ چہرے کی اسی جانب کا ظاہری شلل ہو۔ شہادت میں یہ امر بھی کارآمد ہو سکتا ہے کہ ایک عضلہ ایک حرکت کی انجام دہی میں تو بروئے کار نہ آئے مگر دوسری حرکت کی انجام دہی میں اچھی قوت رکھتا ہو۔ نیز وہ حالات جن کے تحت مرض پیدا ہوا ہے اور مریضہ کی ماسبق سرگذشت (خاص طور پر اُس کے جذباتی مشکلات کے تعامل سے متعلق) کارآمد ہوتی ہے۔ لیکن محض اس واقعہ کو کہ جذباتی صدمے کے فوراً بعد علامتیں پیدا ہوگئیں، اس امر کی شہادت نہیں سمجھ لینا چاہیئے کہ وہ ہسٹیریائی نوعیت کی ہیں، کیونکہ ایسے حالات سے دماغی نزف (cerebral hæmorrhage) یا حقیقی صرع کے حملہ میں تعجیل ہو سکتی ہے۔

عضوی عصبی امراض میں صلابت منتشر (disseminated sclerosis)

کے ہسٹیریا سے خلط ملط کر دیئے جانے کا سب سے زیادہ امکان ہوتا ہے، لیکن غلطی عموماً یہ ہو جاتی ہے کہ عضوی حالت کو وظیفی تشخیص کر لیا جاتا ہے۔

ممکن ہے کہ مشکل اصابتوں میں، بالخصوص ان میں جن میں کسی عضوی عارضہ پر ہسٹیریائی از کار رفتگی متنزاد ہو جائے، آخری فیصلۂ تشخیص کے لیے نفسیاتی علاج سے مدد لینی پڑے۔ وہ علامات جو ان طریقوں سے دُور ہو جائیں ذہنی المبداء ہوں گی۔

ہسٹیریائی دورے کی تشخیص۔ اگر طبیب دورہ کو دیکھ سکے تو صفحہ 788 پر بیان کردہ ممیز خصائص اسے صرعی دَورے سے متفرق کرنے میں کار آمد ثابت ہوں گے۔ لیکن اکثر اوقات تشخیص محض سرگذشت مرض سُن کر کرنی پڑتی ہے۔ یہاں امور ذیل معیّن طور پر صرع کی تائید میں ہوں گے۔ حملوں کا اس وقت واقع ہونا جب کہ مریض تنہا ہو، بالخصوص جب کہ وہ گر جائے اور اُسے چوٹ پہنچے۔ حقیقی بے ہوشی۔ زراق زبان کا کٹنا۔ سلس البول، اور حملہ کے بعد ایک ایسا عرصہ ہونا جس میں مریض سر چکرایا ہوا ہوتا ہے یا قسری طور پر حرکات کرتا ہے۔ مصروع اکثر آغاز حملہ کے وقت ایک درد ناک آواز نکالتا ہے، لیکن پھر اس کے بعد خاموش ہو جاتا ہے۔ ہسٹیریائی مریض اکثر سارے حملہ کے دوران میں چلّاتا رہتا ہے۔ صرعی حملہ میں حرکتوں کی مدت مختصر ہوتی ہے (بالعموم دس منٹ سے زیادہ نہیں ہوتی)۔ مگر ہسٹیریائی دورے میں حرکتیں عموماً زیادہ عرصہ تک رہتی ہیں۔ اس کا خیال بھی کرنا پڑتا ہے کہ حملے کا آغاز کن حالات میں ہوا۔ یاد رکھنا چاہئے کہ مصروع کو ہسٹیریا کے دورے بھی ہو سکتے ہیں اور صرع صغیر (minor epilepsy) کے حملے کے بعد مریض بعض اوقات ہسٹیریائی حالت میں ہو جاتا ہے۔

ہسٹیریا میں **انذار**، جہاں تک کہ انفرادی علامات کا تعلق ہے، فی الجملہ اچھا ہوتا ہے، اگرچہ اس کا انحصار کسی حد تک اس پر ہے کہ تشخیص جلد اور علاج معقول ہو۔ ہسٹیریائی پا فالج (hysterical paraplegia) میں اگر طبیب 791
نے حالت کو مخدوش بتلایا ہے تو مریضہ ممکن ہے برسوں صاحب فراش

رہے۔ گر بایں ہمہ ممکن ہے کہ وہ خود بخود اچھی ہو جائے اور علامات دفعتہً غائب ہو جائیں اور بیشتر اصابتوں میں جذباتی صدمے سے منسوب کیے جائیں۔ عطائیوں کے کیئے ہوئے بہت سے "کراماتی علاج" ایسی ہی نوعیت کے ہوتے ہیں۔ فی الجملہ یہ کہا جاسکتا ہے کہ ایک علامت جس قدر زیادہ عرصہ تک قائم رہی ہے، وہ اسی قدر زیادہ مشکل سے دور ہو گی جب علامات کم عرصہ سے ہوتے ہیں تو آسانی سے دور کیئے جاسکتے ہیں۔ لیکن ذہنی اعمال کی زیر افتادہ خرابی کا تدارک کسی طرح اس قدر آسانی سے نہیں ہو سکتا، اور اسی واسطے یہ مشہور واقعہ ہے کہ ہسٹیریائی مریضہ کو ایسے نکس ہونے کا امکان ہوتا ہے جن میں ممکن ہے کہ ابتدائی علامات مکرر پیدا ہو جائیں یا جدید اقسام ظاہر ہوں۔ انذار کا اندازہ کرتے وقت مریضہ کی قوت فہم عقلی کا اور اُن احولی حالات کا جن کا مقابلہ اُسے کرنا پڑتا ہے، مناسب لحاظ ضروری ہے۔

علاج۔ چونکہ ہسٹیریا ذہنی اعمال کا عارضہ ہے، لہٰذا علاج کے لیے ذہن کی طرف توجہ کرنا چاہئے۔ اس میں جو طریقے استعمال میں لائے جاتے ہیں اُن کو نفسیاتی علاج (psychotherapy) کا عام خطاب دیا گیا ہے۔ ہسٹیریا کے علاج میں نفسیاتی علاج جن شکلوں میں استعمال کیا جاتا ہے اُن کی جماعت بندی حسب ذیل کی گئی ہے:۔ ایعاذ، ترغیب اور تجزیہ۔

ان تینوں طریقوں کا خاکہ اور ہر طریقہ کے استعمال کے بعض موقعے آگے درج کیے جائیں گے، لیکن پہلے ہسٹیریا کی تسبیب کے متعلق متذکرۂ بالا نظریہ کو مختصر اً مکرر بیان کر دینا نفع بخش ہوگا۔

چنانچہ یہ حالت ایسی ہے جس میں مریض ان محرکات سے، جن کا اسے شعور نہیں ہے، یہ ایعاذ قبول کر لیتا ہے کہ وہ جسمانی مرض میں مبتلا ہے۔ ان دو اسباب، یعنے لاشعوری محرک اور ایعاذ کی اضافی اہمیت، مختلف اصابتوں میں مختلف ہوتی ہے۔ جب لاشعوری محرک طاقتور ہوتا ہے، جیسے کہ

اس کاریگری کی حالت میں جو جرجانہ کا طالب ہے، تو ایعاذ خفیف اہمیت کا ہوتا ہے۔ اس کے برعکس جب کوئی بلند مرتبہ طبیب عضوی مرض موجود ہونے کی معین تشخیص کردے تو ہسٹیریائی علامات کی پیدائش کے لیے اپنے آپ کو حوالہ مرض کر دینے کے فطری رجحان کے سوا اور کوئی مددگار نہیں ہوتی۔

اعمالِ ذہنیہ کا وہ سلسلہ جس نے بالآخر ہسٹیریائی حالت پیدا کردی ہے خواہ کچھ بھی ہو، اس آخری نتیجہ سے پہلے کی کڑی مریض کا یہ ایقان ہوتا ہے کہ مجھ میں علامتیں موجود ہیں اور ان کا انحصار ایسے طبعی اسباب پر ہے جن پر مجھے قابو حاصل نہیں۔ نفسیاتی علاج کا مقصد اسی ایقان کو دور کرنا ہے، اور یہ مذکورہ بالا تین طریقوں میں سے کسی ایک سے یا تینوں کے مشترک استعمال سے حاصل ہو سکتا ہے۔

اِن طریقوں کی غایت یہ ہوتی ہے کہ مریض اپنی علامتوں کے متعلق جو ایقان رکھتا ہے اُسے دور کرکے اس کے بجائے اس میں ایک دوسرا برعکس عقیدہ پیدا کر دیا جائے۔

ایعاذ کے طریقہ میں اس مقصد کو حاصل کرنے کے لیے مریض کے ذہن کے جذباتی یا جبلتی رجحانات سے کام لیا جاتا ہے، جن میں سب سے زیادہ اہم دو ہیں۔ ایک تو وہ اعتماد کامل جو مریض طبیب کے علم و فضل اور طاقت کے متعلق رکھتا ہے۔ دوم مریض کی وہ مستعدی ہے جس سے وہ ایسے علاج و معالجہ سے جو انوکھا، نامعلوم اور پُراسرار ہو معجزنما شفا کی توقع رکھتا ہے۔ ظاہر ہے کہ اس طریقہ کی کامیابی کا انحصار بڑی حد تک طبیب کی شخصیت، شہرت اور نیکنامی پر ہوتا ہے، نیز اس پر کہ مریض اپنی تنقیدی قوتوں سے کام لینا چھوڑ دینے پر مائل ہو۔

اس طریقہ کے طرزِ عمل کی مثال ذیل میں درج ہے: ۔ طبیب سے ایک ایسی عورت کو دیکھنے کی استدعا کی جاتی ہے جس کا بازو مشلول ہے۔ معائنہ کے بعد یہ معلوم ہو جانے پر کہ شلل وظیفی ہے، طبیب کو مریضہ سے کہنا چاہیے کہ یہ ایک عصبی شکایت ہے، جس میں ایک نئے قسم کے برقی

علاج سے بہ آسانی شفا ہو سکتی ہے۔ طبیب یہ تذکرہ سکون اور سنجیدگی کے ساتھ اور ایسے انداز سے کرے جس سے ظاہر ہو کہ اُسے ایسی اصابتوں سے اکثر واسطہ پڑتا رہا ہے اور وہ ان کے علاج کا عادی ہے۔ پھر ایک دو اصابتوں کی مثالیں بیان کرے جو اس کے زیر علاج آئیں اور جن میں یہ نیا علاج ایک ہی بار استعمال کرنے سے اس قسم کا طویل المدت شلل بالکل دور ہو گیا۔ اسی طرح مریضہ کے اعصاب و اعضا میں بھی فوری اور یقینی شفا کے توقعات پیدا کرے۔ پھر وہ کچھ عرصہ بعد ایک فرادی مورچہ (faradic battery) اور تاروں کا برش لے کر مریضہ کے پاس آئے اور اس کے ذہن میں مزید صلاحیت اور آمادگی پیدا کرنے کے بعد ماؤف جارحہ کے عضلی گروہوں کو تہییج کرنے کے لیے رَو لگائے، اور ساتھ ہی بہ اصرار زور دیتا رہے کہ مریضہ کی حرکت ارادی کی طاقت بحال ہو گئی ہے۔ دوسری 792
ہسٹیریائی علامتوں کے لئے بھی مماثل طریقے استعمال کیے جاسکتے ہیں۔ اس کی کوئی اہمیت نہیں کہ فلاں آلہ ہی استعمال کیا جائے، مگر شرط یہ ہے کہ مستعملہ طریقہ مریضہ کے لیے نیا ہو۔ مثلاً اگر پہلے فرادیت کا استعمال کیا گیا ہے اور اس سے کامیابی حاصل نہیں ہوئی ہے تو اور کوئی نئی ترکیب نکالنی چاہئے۔ کامیاب علاج کے لئے ضروری امر یہ ہے کہ مریضہ کے دل میں طبیب کی طرف سے کامل اعتماد پیدا ہو جائے۔ اس طریقے پر عمل کرنے سے معلوم ہوگا کہ مریضہ کے ذہن میں ایقانِ مرض کے بجائے ایقانِ صحت یا کسی مدلل سلسلۂ اعتقاد پر نہیں، بلکہ جبلتی احساس پر مبنی ہوتا ہے۔

تنویم (hypnosis) کو ایعاذ کی ایک قسم سمجھنا چاہئے۔ جسے اب بڑی حد تک ترک کر کے ہسٹیریا کا علاج نسبتہً زیادہ راست طریقوں سے کیا جاتا ہے۔

ترغیب (p ersuasion) کا مقصد یہ ہوتا ہے کہ مریضہ کو اس پر راغب کیا جائے کہ اپنے مرض کے متعلق جو غلط ایقان اُس کے ذہن میں قایم ہو گیا ہے وہ اسے ہٹا کر اُس کے بجائے ایک مدلل یقین قایم کرے۔ اگر ہم بازو کے وظیفی شلل کی مثال پھر لیں، تو ایسی صورت میں طبیب مریضہ کو سمجھائے

کہ "اس جارحہ کے عضلات کے مرض کے کوئی امارات، یا اس پر اقتدار رکھنے والے اعصاب کے مرض کے کوئی امارات موجود نہیں ہیں"۔ نیز یہ کہ "ایک عضلہ جو ایک حرکت کے لئے کام میں لایا جا سکتا ہے اُسے دوسری حرکت کے لئے بھی برابر کام دینا چاہیئے، لہذا اگر تم پہلے ماؤف جارحہ کے عضلات کو ڈھیلا کر دو، اور پھر یہ واحد مقصد پیش نظر رکھ کر کہ میں ایک معیّن حرکت ضرور عمل میں لاؤں گی حرکت شروع کر دو تو اُسے ضرور انجام دے سکو گی"۔ ایعاذ پر اِس طریقہ کو یہ ترجیح حاصل ہے کہ اس سے مریضہ میں ایک ایقانِ صحت یابی پیدا ہو جاتا ہے جو بایں وجہ زیادہ دیرپا ہوتا ہے کہ اس کا انحصار مدلل سلسلۂ دلائل پر ہوتا ہے، جنھیں مریضہ ضرورت کے وقت اپنے لئے دُہرا سکتی ہے۔ اِس طریقہ میں یہ نقایص ہیں کہ اِس میں مریضہ کی عقلی، اور بالخصوص تنقیدی قوتوں پر زور ڈالنا پڑتا ہے، اس میں زیادہ عرصہ درکار ہوتا ہے، اور شاید اسی وجہ سے یہ اپنے فوری اثرات کے لحاظ سے کم یقینی ہے۔

عملاً اکثر ایعاذ اور ترغیب، ان دونوں طریقوں سے مجموعی طور پر کام لیا جاتا ہے، کیونکہ یہ صاف ظاہر ہے کہ آخر الذکر طریقہ کی کامیابی کا انحصار جس طرح اس امر پر ہے کہ غیر جذباتی طریقہائے استدلال سے کام لیا جائے اس طرح اس امر پر بھی ہے کہ مریضہ کو طبیب پر کامل اعتقاد ہو۔

تجزیہ کے ذریعہ علاج کے طریقہ کا مقصد نسبتہً بہت زیادہ گہرا ہوتا ہے، یعنے اُن ذہنی اعمال کے پورے سلسلہ کو دریافت کرنا جن سے بالآخر ہسٹیریائی علامات پیدا ہو گئے۔ اور پھر ان کو دفع کرنے کے لئے مریض کو اِس امر میں مدد دینا کہ وہ تجزیہ سے رہنمائی حاصل کر کے اپنے ذہنی نقطۂ نگاہ کو دوبارہ درست کر لے۔ اگر مریض اس رہنمائی سے اپنی حالت کے متعلق بصیرت حاصل کر سکے اور تجزیتی طریقوں کی مدد سے اس قابل ہو جائے کہ اُسے اُن مُفترق تصورات کو جو اُس کی ہسٹیریائی علامتوں کی بنیاد رہے ہیں دوبارہ شعور میں لا سکے، تو جیسے جیسے وہ تصورات اور جذبات جن کے ساتھ یہ علامات وابستہ ہیں اُس کے ذہن میں متمثل ہوتے جائینگے،

ہسٹیریائی علامتیں غائب ہوتی جائیں گی۔ اِس طریق عمل میں اِس امر کی ضرورت ہے کہ مریض کو کم و بیش مکمل خود فہمی حاصل ہو اور یہ طریقہ مریض کو دوسرے طریقوں کے مقابلہ میں زیادہ موثر طور پر نکس سے محفوظ رکھتا ہے۔

ممکن ہے کہ اِس قسم کا تجزیہ مقابلتہً ایک سادہ اور آسان امر ہو یا ممکن ہے کہ اس میں طبیب کو بہت صبر و استقلال تدبیر اور حکمت عملی سے کام لے کر بعض فنی طریقے استعمال کرنا پڑیں (ملاحظہ ہو صفحہ 781)۔ ہم اُس نوجوان عورت کی حالت کو جسے بازو کے وظیفی شلل کی شکایت تھی، ایک مفروضہ مثال کے طور پر پھر لیتے ہیں لیکن ہر طبیب پر یہ حالات منکشف ہو جائیں کہ وہ اب تک اپنے گھر میں ہی رہتی تھی اور ساری عمر میں اُسے یہ پہلی مرتبہ خانگی ملازمت کیلئے اپنے گھر سے باہر جانے کا اتفاق ہوا۔ نئے فرائض منصبی اُسے بہت صبر آزما معلوم ہوتے ہیں، گھر کی یاد رات دن بے چین رکھتی ہے۔ اِس بپتا میں اُسے جس ہمدردی اور غمگساری کی ضرورت تھی وہ اُسے ساتھ کام کرنے والیوں کی طرف سے حاصل ہوئی نہ والدین کی طرف سے۔ مریضہ کے اندرونی خیالات و جذبات، نیز اُس کے طرزِ عمل اور کلمات کے مزید تجزیہ سے بالآخر یہ نتیجہ نکلتا ہے کہ اس کی بیماری کا لاشعوری محرک اُس کی یہ خواہش تھی کہ ناگوار فرائض سے نجات اور آس پاس والوں کی ہمدردی حاصل ہو۔ اِس خواہش کی موجودگی میں ایک خفیف سے تضرر نے جو کام کرتے ہوئے اُسے پہنچا، بیماری پیدا کرنے میں ایک عامل معجلہ کا کام دیا۔ مریضہ سے اُس کے مرض کی یہ توجیہ بیان کر دی جاتی ہے، ترغیب دی جاتی ہے کہ وہ اپنے جذباتی مشکلات کا مقابلہ صاف دلی کے ساتھ کرے، اور کہہ دیا جاتا ہے کہ ایسا کرنے پر اُسکی علامتیں جاتی رہیں گی۔ مندرجۂ بالا سے صاف ظاہر ہے کہ جو شخص اس طریقہ پر عامل ہوتا ہے وہ دراصل ایعاذ اور ترغیب دونوں سے ساتھ ساتھ کام لے رہا ہے، اور یہی چیزیں غالباً اس طریق عمل میں معتد بہ طور پر بروئے کار آتی ہیں، کیونکہ اس میں دو باتوں سے فائدہ اٹھایا جاتا ہے، ایک تو اُس اعتقاد کامل سے جو مریضہ کو

طبیب پر ہوتا ہے، اور دوسرے اُس کی اُس قوت استدلال سے جسے مریضہ اپنے ذہنی اعمال کے متعلق بروئے کار لاتی ہے۔

798 عموماً ہسٹیریا کے عملی علاج میں ایعاذ، ترغیب اور تجزیہ ان تینوں طریقوں سے مجموعی طور پر کام لیا جاتا ہے، اور ہر اصابت میں یہ فیصلہ کرنے کے لئے کہ ان میں سے کون سے طریقہ پر بالخصوص اعتماد کیا جائے گا، مریض کے عقلی فہم کا اور اُس مدت کا جو علاج کے لئے حاصل ہے معقول لحاظ رکھا جاتا ہے۔ بعض مریض ادنیٰ تعلیمی حیثیت کے ایسے ہوتے ہیں جن کے لئے ایعاذ کے صرف اَن گھڑ طریقے ہی بہترین طور پر کارآمد ہوتے ہیں۔ دوسری تمام اصابتوں میں مناسب ہے کہ ابتدائی قدم یہ ہو کہ مریض کو اُس کے مرض کے متعلق کچھ نہ کچھ توجیہ ایسے الفاظ میں بتلا دی جائے کہ جس سے اُسے اپنی بیماری کی نوعیت اور مجوزہ علاج کا علم سمجھنے میں مدد ملے۔ اس کے بعد بہتر ہے کہ ایعاذ (suggestion) اور ترغیب کے ذریعہ سے علامات کو دُور کرنے یا اُن میں تخفیف پیدا کرنے کی کوشش شروع کی جائے، اور ازاں بعد منتخب اصابتوں میں تجزیہ سے کام لیا جائے۔ جب کبھی ممکن ہو مریض کو یہ باور کرانے کی کوشش کرنی چاہیے کہ اُس کی بیماری ذہنی اعمال کے اختلال کا نتیجہ ہے، اور یہ اعمال ایسے ہیں کہ اگر وہ چاہے تو ان کا خود امتحان کر سکتا ہے اور ان پر اقتدار حاصل کر سکتا ہے۔ چونکہ اکثر اوقات ہسٹیریائی علامات کی مداومت کا انحصار مریض کے اُن جذباتی تعاملات پر ہوتا ہے جو وہ ماحولی حالات کی طرف ظاہر کرتا ہے، لہٰذا بیشتر اصابتوں میں علاج شروع کرنے سے پہلے اُسے کسی تیمارستان یا شفاخانہ میں منتقل کر دینا، اور تاوقتیکہ کامل طور پر شفایاب ہو جائے خطوط وصول کرنے اور ملاقاتیوں سے ملنے کی ممانعت کر دینا نفع بخش ہے۔

اِن اصولوں پر ذہنی علاج جاری رکھنے کے ساتھ ساتھ مریض کی جسمانی حالت پر بھی غور کے ساتھ توجہ دینی چاہیے، اور جسمانی ناکارکردگی کے طبیعی اسباب کو دور کرنے کی ہر طرح کوشش کرنی چاہیے، خواہ یہ اسباب عفنِ ماسکوں کی نوعیت کے ہوں یا غلط عاداتِ بود و باش کی نوعیت کے۔

تاثری یا وجدانی تعامل والی قسمیں

(AFFECTIVE REACTION TYPES)

مانیائی انخفاضی ادواء النفس

(manic-depressive psychoses)

ان کا ممیز خاصہ وجدانی (جذباتی) غیر طبعی حالت کا غلبہ ہے، جو فرطِ سرور (فرحانیت = elation) یا فرطِ حزن (انخفاض = depression) کی صورت میں ظاہر ہوتی ہے۔ اس کے ساتھ ہی خیال اور عمل دونوں میں ایک تناظر اختلال ہوتا ہے، اور یہ تناظر ممیز طور پر ہم آہنگ ہوتا ہے۔ چنانچہ فرحان مریض دونوں طرح سے معمول سے زیادہ فعال ہوتا ہے (بیش نفسی حرکی فعالیت) یعنی مسلسل مشغولیت کے نسبتہً زیادہ جسمانی معنوں میں اور خیال اور تکلم کی اقلیموں میں (جیسا کہ اُس کی مسلسل بسیار گوئی سے ظاہر ہوتا ہے)۔ اور اس کے برعکس منخفض مریض میں فعالیت کی تناظر کمی پائی جاتی ہے، اور وہ بیک وقت گھنٹوں بیکار ہاتھ پر ہاتھ دھرے بیٹھا رہتا ہے۔ اُس کے خیال اور عمل دونوں کی فعالیت، مقدار میں کم ہو جانے کے علاوہ، سُست بھی ہو جاتی ہے (نفسی حرکی بطور)۔ یہ مانیائی انخفاضی داء النفس کی تمثیلی شکلوں کے نمایاں اور ممیز خصایص ہیں۔ لیکن بعض درمیانی اور غیر تمثیلی شکلیں بھی ہوتی ہیں، جن کا بیان ذیل میں درج ہے (8)۔

حدوثِ مرض۔ اس قسم کے داء النفس میں مبتلا مریضوں کی تعداد دماغی امراض کے شفا خانوں میں داخل شدہ مریضوں کی سولہ فی صدی ہوتی ہے۔ لیکن ان کے علاوہ اور بہت سے مریض ایسے ہوتے ہیں جن میں یہ حالت خفیف درجہ کی ہوتی ہے اور جو شفاخانہ میں اقامت گزیں نہیں ہوتے۔

بحثِ اسباب۔ اس کے متعلق واقعات چند اور نظریات

متعدد ہیں۔ توارث بلاشبہ اکثر اوقات عامل ہوتا ہے۔ اسّی فی صدی مریضوں میں حالیہ آباواجداد یا ہم جدی نسلوں میں کسی نہ کسی قسم کا امراضی لوث پایا جاتا ہے' لیکن یہ اعداد ایسی مختلف غیر متجانس حالتوں پر بھی محتوی ہیں جیسے کہ عضوی دماغی مرض اور آوارہ گردی۔ نسبتۃً زیادہ اہم یہ شہادت ہے کہ ایسا بلاواسطہ مائل توارث جو والد یا والدہ سے بچہ کو حاصل ہو نسبتۃً عام ہے۔ اگر ان میں کوئی ایک اس قسم کی نفسانیت میں مبتلا رہا ہے' تو کہا جاتا ہے کہ ایک تہائی بچے بھی اس میں مبتلا ہو جائیں گے' اور دوسرے ایک دوری جنونی شخصیت ظاہر کریں گے۔

بِنیہ' خواہ یہ ذہنی ہو یا جسمانی' ایک عامل مُعِد ہے۔ اس مزاج کو جو دوسرے مزاجوں کی نسبت مانیائی انخفاضی دارالنفس پیدا کر دینے کا امکان زیادہ رکھتا ہے' "ہم اسلوبی" ("syntonic")' "دورانی" ("cycloid") یا "دوری جنونی" ("cyclothymic") کے مختلف ناموں سے یاد کیا جاتا ہے۔ اس کے ممیز خصائص مستقل بشاشی یا پُرسکون غمگینی ہیں' اور ساتھ ہی ایسی ایک حالت سے دوسری حالت میں منتقل ہونے کا رجحان ہوتا ہے' اور مریض اپنے برتاؤ میں صاف دل' بے تکلف اور ملنسار ہوتا ہے۔ مریضوں کے ایک سلسلہ میں دوری جنونی شخصیت کی انخفاضی قسم ۶۴ فی صدی میں پائی گئی۔ اس سلسلہ کے مخصوص انخفاضی خصایص یہ تھے:۔ فکر و پریشانی' حزن یا غمگینی کے وقفے اور عدم اعتماد۔ دَورانی شخصیت کی فرحانی یا خفیف مانیائی (hypomanic) قسم ہمیشہ نہایت فعّال اور ہشاش و بشاش' کاروبار اور معاملات میں مصروف و سرگرم اور انتہا درجہ کی ملنسار ہوتی ہے۔ خیال کیا جاتا ہے کہ مانیائی انخفاضی دارالنفس دوسرے اقسام کے دارالنفس کی نسبت ٹھِنگنی گٹھیلی بنیہ والے اشخاص میں زیادہ عام طور پر پایا جاتا ہے' اگرچہ اس کا وقوع کسی طرح ایسی جسمانی ساخت والے اشخاص تک محدود نہیں ہوتا۔ ٹھِنگنے گٹھیلے جسم کے خصایص حسب ذیل ہیں:۔ درمیانہ قد' لحیم اور مائل بہ فربہی' گردن کوتاہ' سر اور چہرہ گول مول۔

مردوں کی نسبت عورتیں زیادہ عام طور پر (۷۰ عورتیں : ۳۰ مرد)'

794

اور غیر یہودیوں کی نسبت یہودی اکثر زیادہ مبتلا ہوتے ہیں۔ تمام پہلے حملوں میں سے پچاس فی صدی حملے تیس سال کی عمر سے پہلے واقع ہوتے ہیں۔ ایک ایسی اصابت کا اندراج بھی ہوا ہے جس میں حملہ پانچ ہی سال کی عمر میں ہو گیا' لیکن پندرہ تا تیس سال کی عمر کا زمانہ سب سے زیادہ اثر پذیری کا ہوتا ہے۔ عمر کی زیادتی کے ساتھ مرض کی شکل بھی بدل جاتی ہے' اور انخفاضات' (یہی شکل ہمیشہ زیادہ عام ہوتی ہے) مانیائی ہیجانی مثالوں کے مقابلہ میں اور زیادہ کثیر الوقوع ہونے جاتے ہیں۔

اسباب معجلہ۔ بار ذہنی یا جسمانی' عموماً پہلے حملہ کے فوری پیشرو ہوتے ہیں۔ استعداد سابقہ رکھنے والے شخص میں ممکن ہے کہ کسی بھی جسمانی مرض سے حملہ کی تعجیل ہو جائے۔ لیکن یہ ایک بالکل جداگانہ بات ہے کہ مانیائی انخفاضی مریض اپنی بے احتیاطی کی وجہ سے بین روسرایتوں کی نمو یابی کی قابلیت رکھتے ہیں۔ خطرناک جسمانی بار و محنت کی نسبت ذہنی بار اکثر اوقات زیادہ پائے جاتے ہیں۔ سوگ' مالی نقصان' خانگی مشکلات' کسی قسم کی مایوسی' عشق و محبت کے معاملات میں نامرادی' اور ایسے ہی امور' سب اکثر پہلے حملہ کے اسباب معجلہ ہیں۔ مابعد حملے نسبتہً بہت خفیف تر صریح بیرونی تحریک سے یا بلا کسی ایسی تحریک کے واقع ہو جاتے ہیں۔

نظریات۔ (الف) جسمانی۔ مختل تحول' عضوی بنیاد' مثلاً ساخت دماغ کے مرض کی' اور سمی مبدا' یہ سب اب تک ناکافی شہادت کی بنا پر سبب مرض بتائے گئے ہیں۔ (ب) نفسیاتی۔ دائمی جذباتی اختلال کی توجیہ کے لئے جو مانیائی انخفاضی ادوار النفس کا اس قدر ممیز خاصہ ہے' ایک خاص' اکثر موروثی' تاشری بنیہ پیش کیا جاتا ہے' اور کہا جاتا ہے کہ یہ بنیئی رجحان متذکرہ حالات میں اپنا وجود ظاہر کرتا ہے۔ نفسی تجزیہ ایک بنیئی عامل کے علاوہ یہ بھی فرض کرتا ہے کہ شہوت کا نمو مبرزی یا صادیتی (sadistic) لیول پر رک گیا (یا ثبت ہو گیا) ہے۔

نفسی امراضیات۔ مانیائی فرحانیت کو اس فنطاسیہ (phantasy) کا جذباتی لازمہ سمجھا جا سکتا ہے' جس سے مریض کو سرور حاصل ہوتا ہے اور

جس میں وہ بالکل اس طرح منہمک ہو جاتا ہے کہ حقیقت کو نظرانداز کر دیتا ہے۔
اس کے برعکس، انخفاض محض اس پستی کا مبالغہ ہو سکتا ہے (شاید غیبی بنا پر)، جو طبعاً نا امیدی کے ساتھ ہوا کرتی ہے۔ یا ممکن ہے کہ وہ قصور واری یا غلط کاری کے اس جذبہ کا شعوری لازمہ ہو، جس کا مبداء دبا ہوا اور لاشعوری رہتا ہے۔ جب فرحانیت یا انخفاض کی بنیاد اس طرح لاشعوری رہتی ہے تو جذباتی اختلال قدرتی طور پر مریض اور مشاہدہ دونوں کو ناقابل توجیہ نظر آتا ہے (9)۔

ذہنی علامات۔ بالعموم یہ ثلاثات کی صورت میں بیان کئے جاتے ہیں جو ایک طرف تو فرحانیت، حرکی فعالیت، اور پرواز خیالات کے بنے ہوتے ہیں (مانیائی ہیئت) اور دوسری طرف، انخفاض، فعالیت کی کمی اور تخیل کی سستی (بطوء) کے، جو انخفاضی ہیئت پیدا کر دیتے ہیں۔ مزید برآں بعض مخلوط حالتیں بھی ہوتی ہیں، جن میں علامات مختلف طور پر مخلوط ہوتے ہیں، مثلاً فرحانیت کے ساتھ عدم حرکت اور ساتھ ہی تصورات کی قلت سے "مانیائی ذہول" ("manic stupor") پیدا ہو جاتا ہے۔

مانیائی ہیئت (manic phase)۔ اس کی شدت کے تین درجے بیان کئے جاتے ہیں:- خفیف مانیا (hypomania)، حاد مانیا، اور حاد ہذیانی مانیا، بڑھتی ہوئی شدت کی ترتیب کے لحاظ سے۔ ان سب میں آغاز مرض عموماً ناگہانی طور پر ہوتا ہے۔

(۱) خفیف مانیائی مریض ہمیشہ مصروف رہتا ہے، کم سوتا اور سویرے اٹھتا ہے، اپنی موٹر کار خطرناک طور پر تیز چلاتا ہے، بہت بولتا ہے اور زور زور سے بولتا ہے، بہ کثرت خط لکھتا ہے (نفسی حرکی ہیجان)، بہت سی چیزیں لیا شروع کرتا ہے اور تکمیل کسی ایک کی بھی نہیں کرتا (پراگندگی توجہ)۔ وہ نہایت خوش رہتا ہے (فرحانیت) ہنستا ہے، مذاق کرتا ہے، اور ضلع جگت بولتا ہے۔ اس کی گفتگو جلد ایک موضوع سے دوسرے موضوع میں بدل جاتی ہے اور یہ تغیر اکثر سطحی ایتلافات کی بنا پر ہوتا ہے (پرواز خیالات)۔ صوتی ایتلافات ("clang" associations) جن کا انحصار الفاظ کی مماثل آوازوں پر ہوتا ہے، عام طور پر

795 ہوا کرتے ہیں۔ مزاج بعض اوقات بہ سرعت لیکن عارضی طور پر بدل کر چڑچڑا پن ظاہر کرتا ہے۔ امتناع کم ہو جاتا ہے یعنی مریض ایسی باتیں کہہ ڈالتا ہے جو مہذب سوسائٹی میں نہیں سنی جاتی ہیں، بدتمیزی کے ساتھ صاف گو ہوتا ہے، اور ممکن ہے کہ شراب بہ کثرت پی لے یا شہوت رانی اختیار کرے۔ عقلی اور مجمع الحواسی وظائف (حافظہ وغیرہ) خوب محفوظ رہتے ہیں۔ بصیرت کا فقدان ہوتا ہے۔

(۲) حاد مانیا مندرجہ بالا حالت کی مزید نمو یافتہ حالت ہے۔ اس میں بھی علامات کا وہی معروف ثلاثہ موجود ہوتا ہے۔ لیکن بیش فعالیت دائمی ہیجان کے درجہ تک پہنچ جاتی ہے، جو ترقی پذیر بے مقصد نوعیت کی ہوتی ہے۔ نیند کی مقدار گھٹ کر اقل ہو جاتی ہے، غذا سے بے پروائی ہوتی ہے، اور گفتگو لگاتار ہوتی ہے۔ گفتگو کا موضوع اس قدر جلد بدل سکتا ہے کہ جس سے بے ربطی کا گمان پیدا ہو۔ توجہ اس قدر اُچاٹ ہوتی ہے (مریض اپنی مشغولیت کے دوران میں کسی اتفاقی آواز یا واقعہ سے متعلق رائے زنی کرنے لگتا ہے) کہ حافظہ اور ماحول شناسی میں خلل واقع ہو جاتا ہے — وہ کسی چیز پر اس قدر کافی عرصہ تک توجہ نہیں کرتا کہ اُسے یاد رکھ سکے۔ مریض کی بہجت و شادمانی متعدی ہوتی ہے لیکن بہ سرعت چڑچڑے پن میں تبدیل ہو جاتی ہے، اور یہ اُس کی بیش فعالیت کے ساتھ مل کر وحشیانہ افعال سرزد کرا سکتی ہے۔ تخریب اور بربادی کی عادت عام ہوتی ہے، جو اس کے کپڑے پھاڑنے اور اشیاء فرنیچر کو توڑنے کی صورت میں ظاہر ہوتی ہے۔ لباس اُتار ڈالا جاتا ہے، چنانچہ اکثر مریض کو سردی میں کھلا رہنے سے بچانے کے لئے ایک خاص ''ناقابل تلف'' ایک ہی ٹکڑے سے بنے ہوئے سوٹ کی ضرورت ہوتی ہے۔ اختباطات اکثر موجود ہوتے ہیں۔ یہ معمولاً عظمت نفس کے، اور بعض اوقات ایذا رسی کے ہوتے ہیں، لیکن عموماً سریع الزوال اور ڈھیلے طور پر منظم ہوتے ہیں۔

(۳) حاد ہذیانی مانیا۔ اس درجہ کا ممیز خاصہ تیرگی شعور ہے۔ انتہائی بے چینی کے ساتھ تمام اقلیموں میں کامل فقدانِ ماحول شناسی ہوتا ہے۔ توجہ نہایت عارضی ہوتی ہے اور غلط شناسی اور توہمات نمایاں ہوتے ہیں۔

مریض کو رویا ر نظر آتے ہیں اور آوازیں سنائی دیتی ہیں، اور یہ سب ایک سریع الزوال اور بے ربط طریق پر ہوتی ہیں۔ طبیعت تمثیلی طور پر فرحاں ہوتی ہے، بہ سرعت وجد یا یاس میں مبدل ہو جاتی ہے، اور پھر اصلی حالت پر آجاتی ہے۔ فعالیت ایسی چیزوں پر مشتمل ہوتی ہے جیسے کہ بلا تحاشا ناچنا، چیخنا اور چلانا، چیزیں ادھر ادھر پھینکنا، دیواروں اور فرنیچر کو آلودہ کر دینا، کپڑے پھاڑ ڈالنا، وغیرہ۔ گفتگو لگاتار جاری رہتی ہے، اور اس میں ایسی چیزیں شامل ہوتی ہیں جیسے کہ دعا، گالی، التجا، ضلع گوئی، قافیہ سنجی، وغیرہ۔ بظاہر معلوم ہوتا ہے کہ مریض کو تکان نہیں ہوتی مگر فی الحقیقت وہ گھلتا رہتا ہے اور بہ آسانی سرایتوں کا شکار ہو جاتا ہے۔ درحقیقت اغلب یہ ہے کہ ہذیانی شدت والے حادمانیا کی تمام نہیں تو بیشتر اصابتیں سرایت کے ہمراہ پائی جاتی ہیں اور علامات کی شدت کا سرایت کے ساتھ بہت کچھ تعلق ہوتا ہے۔

انخفاض یا پستی۔ (۱) سادہ بطوء کی حالت میں حزن کیساتھ گفتگو اور فعل دونوں میں فعالیت کی کمی ہوتی ہے (نفسی حرکی امتناع)۔ کمی بھی ہوتی ہے اور سستی (بطوء) بھی۔ یہ سستی ابتدائی (یعنی کسی فعل کے شروع کرنے میں سستی) اور سرانجامی (یعنی اس کو پورا کرنے میں سستی) دونوں طرح کی ہوتی ہے۔ تخیل اور گفتگو میں یہ بطور مخصوص موضوعوں کے متعلق زیادہ نمایاں ہوتا ہے ("دردناک خیالات سست ہوتے ہیں")۔ مریض تخیل میں دقت کی شکایت کرتا ہے۔ طبیعت یاس انگیز ہوتی ہے، اور جذباتی لگن کا فقدان ہوتا ہے۔ کسی چیز میں خوشی یا دلچسپی نہیں ہوتی۔ مافیہ خیال نالائقی، حقیقی معصیت اور ناکامی کے تصورات ظاہر کرتا ہے۔ احتصاری اندیشے، بالخصوص مریض کے عزیز ترین اشخاص کو نقصان پہنچانے کا خوف، اور مذہبی بے ادبی کی نوعیت کے احتصاری خیالات عام ہوتے ہیں۔ ایک نہ ایک درجہ میں موت کی آرزو اور خودکشی کے ارادے عالمگیر ہوتے ہیں، اگرچہ خوش قسمتی سے بطوء ان کو عمل میں لانے کے راستہ میں مزاحم ہوتا ہے۔ مریض کو دنیا اور خود اپنی ذات

عجیب و غریب اور بدلی ہوئی معلوم ہوتی ہے (بے حقیقتی کا احساس) ۔ عقلی او
مجمع الحواسی وظائف صحیح و سالم رہتے ہیں، بہ استثنا اس کے کہ ذہنی اعمال
بہ حیثیت مجموعی نسبتہً زیادہ سُست ہو جاتے ہیں۔ مریض متفکر یا مشوش نظر آ
ہے، اور بعض اوقات شکایت کرتا ہے کہ رو نہیں سکتا۔ وہ گھٹنوں تقری
بے حرکت بیٹھا رہتا ہے، اس کا سر جھکا ہوا رہتا ہے اور ہاتھ گھٹنوں پر رکھے
ہوئے ہوتے ہیں۔

(۲) حاد انخفاض ۔ یہ اور آگے کا درجہ ہے، جس میں امتنا
اور بطوء اور بھی زیادہ واضح ہوتے ہیں۔ مریض خود بخود کچھ نہیں کہتا اور کم حرکت
کرتا ہے۔ سوالات کے جوابات یک حرفی دیتا ہے۔ اس کی طلعت اور وا
قطع سے ایک غم کی تصویر نظر آتی ہے۔ معاشی، جسمانی اور روحانی بربادی کے
اختباطات جاری رہتے ہیں، خواہ ان کے برعکس کتنی ہی ترغیب دی جائے
مریض کو یقین ہوتا ہے کہ جلق یا دوسری بداعمالیوں سے اس نے خود کو برباد
کر لیا ہے، وہ مالی بربادی سے دوچار ہے اور اس نے اپنے خاندان کو برباد
کر دیا ہے (اختباطِ افلاس)۔ مراقی اختباطات مبالغہ کے خاصے بلند درجہ پر
پہنچ جاتے ہیں: مثلاً یہ کہ آنتوں میں ڈاٹ لگا دی گئی ہے، دماغ متکسر ہو رہا ہے
اور امعا و احشا سڑ گئے ہیں۔ ممکن ہے کہ یہ ایک حد تک فعلیاتی وظائف کے تغیر پر 796
مبنی ہوں (نیچے ملاحظہ ہو)۔ غذا سے انکار کیا جاتا ہے، اکثر اس وجہ سے کہ مریض
خود کو نالائق سمجھتا ہے۔ زیادہ شاذ طور پر وہ سمجھتا ہے کہ غذا زہر آلود ہے، لیکن
اس قسم کی ایذا رسی کے اختباطات تمثیلی نہیں ہوتے۔ مجمع الحواسی اور عقلی
وظائف صحیح و سالم رہتے ہیں، مگر بصیرت کا فقدان ہوتا ہے۔

(۳) انخفاضی ذہول (depressive stupor) میں مریض اپنے
مراقی اور خود الزامی اختباطات میں اس قدر کامل طور پر منہمک ہوتا ہے کہ وہ اپنے
ماحول میں کسی قسم کی دلچسپی نہیں رکھتا۔ کسی سوال کا جواب نہیں دیتا۔ اسے نلی کے
ذریعہ غذا پہنچانی پڑتی ہے۔ وہ فطری حوائج سے غافل رہتا ہے، جس کا نتیجہ
احتباس بول و براز ہوتا ہے۔ عقلی اور مجمع الحواسی وظائف کا امتحان کرنا غیر ممکن

ہوتا ہے، لیکن عدم دلچسپی کے باعث قدرتاً واقعات حالیہ کے علم میں خلل واقع ہوتا ہے۔

"مخلوط" حالتیں۔ یہ بالخصوص حسب ذیل ہیں :۔ مضطرب انخفاض (agitated depression) یعنی پست مزاجی کے ساتھ جسمانی بیش فعالیت (بے چینی، ہاتھ ملنا، قسمت کو رونا)، مگر تخیل میں پھر بھی لبطوء۔ مانیائی ذہول (manic stupor) یعنی فرحانیت کے ساتھ کامل فقدان فعالیت اور ماحول سے بے پروائی۔ مریض اپنی خوش کامی اور اہمیت کے عجوبہ پسند تخیلات میں منہمک رہتا ہے۔ عام طور پر صرف یہی دو "مخلوط" حالتیں پائی جاتی ہیں۔ مانیائی ذہول غالباً ہمیشہ پستی اور مانیا کے درمیان، یا اس کے برعکس مانیا اور پستی کے درمیان ایک برزخی درجہ ہوتا ہے۔ لاحاصل مانیا (unproductive mania) (فرحانیت کے ساتھ تخیل کی قلت)، پستی کے ساتھ پرواز خیالات۔ لاحرکی مانیا (فرحانیت کے ساتھ پرواز خیالات مگر حرکی فعالیت کا فقدان)، تشویشی مانیا (anxious mania) (تشویش، نفسی حرکی فعالیت اور پرواز خیالات)، یہ سب نہایت غیر عام ہیں۔ مخلوط حالتوں کی شناخت کی اہمیت بالخصوص مرض کے زیادہ طویل مریض ہوتی ہے جس میں وہ واقع ہوتی ہیں۔

طبیعی علامات۔ نیند بہت کم ہو جاتی ہے اور علاجی تدابیر سے اس پر قابو پانا بہت مشکل ہوتا ہے۔ عدم اشتہا اور غذا سے انکار کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ انخفاضی مریضوں میں نحول پیدا ہو جاتا ہے۔ بیش فعالیت اور غذا کے متعلق بے پروائی یہی نتیجہ مانیائی مریضوں میں پیدا کرتی ہے، باستثنا خفیف مانیائی مریضوں کے، جن میں ممکن ہے کہ وزن کسیقدر بڑھ جائے۔ انخفاضی ہیئت میں تمام افرازات میں کمی ہو جاتی ہے، جس کے ساتھ قبض کا تعلق ہوتا ہے۔ جلد خشک اور کھردری ہو جاتی ہے اور ناخنوں کی بالیدگی ناہموار ہوتی ہے۔ مانیائی ہیجان میں اس کے برعکس حالات پائے جاتے ہیں۔ تحول (جس کی پیمائش تبادلہ گیس سے کیجاتی ہے)، بولی افراز، فشار خون، وغیرہ کوئی ممیز تغیر نہیں ظاہر کرتے۔ طمث میں اکثر اوقات اختلال واقع ہو جاتا ہے، جیسا کہ تمام ذہنی عوارض میں

ہوتا ہے۔ اس وار النفس سے شفایابی سے پہلے اکثر اوقات ان طبیعی علامات میں اصلاح نظر آنے لگتی ہے۔ بعض مانیائی مریضوں میں بیش درقیت (hyperthyroidism) کی جزئی دلالتیں ظاہر ہوتی ہیں۔ بعض انخفاضی مریضوں میں سکری تحملی منحنی میں دیر سے ستوط واقع ہوتا ہے۔

عمر اور انذار۔ انفرادی حملوں کے بعد طبیعت کی بحالی اور توالی مخصوص خصایص ہیں۔ کم از کم مریضوں کی نصف تعداد میں دوسرا حملہ ہوتا ہے۔ بعض مریضوں میں تقریباً ہر سال توالی ہوتی ہے۔ تقریباً پچاس فی صدی مریضوں میں صرف انخفاضی حملے ہوتے ہیں، اور سولہ فی صدی مریضوں میں صرف مانیائی حملے ہوتے ہیں۔ باقیماندہ مریضوں میں کسی نہ کسی وقت دونوں قسم کے حملے ہوتے ہیں۔ مانیائی اور انخفاضی حملے فی الفور ایک دوسرے کی توالی کرتے ہیں (جنونِ مُستدیر = circular insanity) یا کچھ وقفہ کے بعد (جنونِ متبادل = alternating insanity)۔ انخفاضی حملے ایک دوسرے کی توالی کرتے ہیں، (متوالی انخفاض = recurrent depression) اور اسی طرح مانیائی حملے بھی ایک دوسرے کی توالی کرتے ہیں (متوالی مانیا = recurrent mania)۔ ایک حملہ کی مدت چار پانچ دن سے لے کر سالہا سال ہو سکتی ہے۔ شفایابی چودہ سال کے بعد بھی ہو سکتی ہے۔ حملوں کے درمیان کا وقفہ نہایت طویل یعنی چوالیس سال تک دیکھا گیا ہے۔ توالی کے ساتھ افاقے کے وقفے زیادہ مختصر اور انفرادی حملے زیادہ طویل ہونے کا رجحان رکھتے ہیں، یہاں تک کہ بعض اوقات مرض مسلسل ہو جاتا ہے۔ جب حملے بار ہا مکرر ہو چکتے ہیں تو ذہنی ضعف کی ایک اختتامی حالت واقع ہو جانا ممکن ہے۔ یہ حالت خفیف انخفاض کی ہوتی ہے، جس میں دلچسپی بہت کم اور فعالیت بہت کم ہوتی ہے۔ تھوڑے مریض مزمن مانیا کی حالت میں رہ جاتے ہیں، اور یہ خاص کر ادھیڑ عمر سے اوپر والے ہوتے ہیں۔ یہ مریض بیش فعال اور خواہ مخواہ مصروف رہنے والے ہوتے ہیں، اور اگر ان کی مزاحمت کی جائے تو اِن کے جھگڑالو، شریر اور چڑچڑے ہونے کا امکان ہوتا ہے۔ یہ بہت باتیں بنانے اور شیخی بگھارتے ہیں، اور اس قدر شادماں نہیں ہوتے جس قدر کہ فخر و مباہات کے عادی اور سادہ لوح۔ وہ لطیف احساسات

فقدان ظاہر کرتے ہیں، بھونڈے مذاق کرتے ہیں، بسیار خوری کے عادی ہوتے ہیں، اور اپنی حالت کی حقیقت سے ناواقف ہوتے ہیں۔ وہ اکثر خود کو عجیب و غریب طور پر بناتے سنگارتے اور کوڑا کرکٹ جمع کرتے ہیں۔ مزمن مانیا کی تسبیب میں سن اور 797 شدید موروثی لوث عامل خیال کئے جاتے ہیں۔

علاج - خاص مقاصد یہ ہیں کہ مریض کو خود اپنے آپ سے انخفاض کی حالت میں خود کشی سے، اور مانیائی جوش و ہیجان کی حالت میں خستگی سے، یا اضطراری تشدد کی وجہ سے پہنچنے والے تضررات سے محفوظ رکھا جائے، کافی نیند اور تغذیہ بہم پہنچایا جائے، اور اخراج کو زیادہ کیا جائے۔ خودکشی کی روک تھام کے لئے تربیت یافتہ ممرضات کے ذریعہ دائمی نگرانی لازمی ہے۔ ضروری ہے کہ چاقو، رسیاں، اور تمام ضرر رساں وسائل و آلات دور کر دئے جائیں۔ تاوقتیکہ گھر پر وسیع انتظامات نہ کئے جاسکیں، مریض کو کسی خاص شفاخانہ میں منتقل کر دینا ضروری ہے۔ خستگی کے حفظ ماتقدم کے لئے آبی علاج کرنا (مسلسل تغسیل اور اغطیہ) کھلی ہوا میں تمریض کے انتظام کے ساتھ مریض کو بستر میں لٹائے رکھنا، اور سکون و آرام بہم پہنچانا چاہیئے۔ اگر ان طریقوں سے کافی نیند نہ آئے تو میڈینال (medinal)، پیرالڈی ھائڈ (paraldehyde)، کلورل اور برومائڈ (chloral & bromide)، اور اگر ضرورت ہو تو ہیوسین (hyoscine) دیکر نیند کی مقدار بڑھائی جاسکتی ہے۔ غذا کھلانے کیلئے ممرضہ کی ذاتی نگرانی کی ضرورت ہے۔ جہاں کہیں غذا سے اڑتالیس گھنٹے سے زائد تک انکار ہو تو نلی کے ذریعہ سے غذا پہنچانی چاہیئے۔

مانیائی مریض کے منہ سے نکلے ہوئے کلمات کے غور و مطالعہ سے اکثر اس امر کا پتہ چل جائے گا کہ اس کے مرض کی پیدائش میں کون کون سے بار کارفرما رہے ہیں۔ یہ مطالعہ علاج مابعد میں بھی مفید مطلب ہوگا، جب کہ شفایابی کے بعد نوالی کے حفظ ماتقدم کے خیال سے مریض کو سبب مرض کے متعلق صاف و صریح طور پر سمجھانے کی ضرورت ہوتی ہے۔ گو اس وقت انخفاضی مریض کے لئے تشفی اور طمینان دلانا چنداں کارآمد نہ معلوم ہوگا، تاہم ایسا کرنا اکثر ایک مفید ذریعہ تقویت

ہوتا ہے۔ اِس امر کا ادعا کیا گیا ہے کہ زیادہ پیچیدہ قسم کے نفسیاتی علاج سے حملۂ مرض کو آرام ہو سکتا ہے، مگر قرین عقل عموماً یہی ہے کہ مشدد نفسیاتی علاج کو ایک حفظ ما تقدمی تدبیر کے طور پر محض درمیانی وقفوں تک محدود رکھا جائے۔

بظاہر شفایابی کے بعد کچھ عرصہ تک مریض کی نگرانی احتیاط کے ساتھ کرنی چاہیے، کیونکہ دوسری ہیئت طاری ہو جانے کے امکانات ہوتے ہیں۔

حکشی مالنخولیا

(involutional melancholia)

یہ، جیسا کہ اِس کے نام سے ظاہر ہے، زندگی کے حکشی زمانہ میں، چوتھے یا پانچویں عشورہ میں ہوتا ہے، لیکن بعض اوقات ایسی ہی علاماتیات والی اصابتیں اِس زمانہ سے پہلے بھی واقع ہو جاتی ہیں۔ اس کا ممیز خاصہ انخفاض ہے، جس کے ساتھ تشویش و اندیشہ، اور مراقی، ایذا رسی اور اعدامیتی قسم کے اختباطات ہوتے ہیں۔ اِس امر کے متعلق بہت کچھ بحث وتمحیص رہی ہے کہ آیا حکشی مالنخولیا محض ایک مانیائی انخفاضی داء النفس ہے جو حکشی زمانہ میں واقع ہوتا ہے اور جس پر آخری عمر کے تبدیل شدہ مطمح نظر کا رنگ چڑھ جاتا ہے۔ بیان کیا گیا ہے کہ اکثر مانیائی انخفاضی قسم کے خفیف ماسبق حملوں کی سرگذشت موجود ہوتی ہے، اور یہ کہ حکشی مالنخولیا میں مانیائی انخفاضی داء النفس کے تمام مخصوص علامات ظاہر ہوتے ہیں۔ مزید برآں ایک تہائی مریضوں میں یہ حالت شفا پذیر ہوتی ہے لیکن حکشی مالنخولیا اِس کا مستحق ہے کہ اِس پر علیحدہ طور پر غور کیا جائے کیونکہ اس کی علاماتیات اور عام عمر کافی طور پر ممیز ہیں۔ ایک اضطرابی قسم کا انخفاض خاص طور پر عام ہے۔ اِس کا امکان ہوتا ہے کہ اُس کا عمر ایک سال اور اکثر سالہا سال کا طول کھینچے، لیکن اس کے انذار کو اس زمانہ کے انحطاطی طبیعی تغیرات (شریانی صلابت اور ابتدائی شیخوخی تغیرات وغیرہ) محض بالواسطہ طور پر خراب بنا دیتے ہیں۔

بحث اسباب۔ بیرونی بار کا تعلق اِس گروہ میں خاص طور پر واضح ہے۔ ایک شخص جو اب تک قائم مزاج رہنے میں کامیاب رہا ہے، جب وہ

مالی مشکلات، جسمانی مرض کی حوصلہ شکن یاس، رشتہ داروں کی موت، یا کسی
مشکل خانگی موقعہ سے دوچار ہوتا ہے تو بالآخر ہمت ہار جاتا ہے۔ ذکور مریضوں میں اکثر
فشل مردمی بھی ایک سبب متجل ہے، جس کی موجودگی کا علم بظاہر زیادہ عمر میں
شادی کرنے کے بعد ہوتا ہے۔ شخصیت کی قسم بھی ایک عامل ہے، اور خاموش
تنہائی پسند اشخاص حکشی مالنخولیائی مرض میں غیر متناسب تواتر کے ساتھ مبتلا
ہوجاتے ہیں۔ اس سے بعض علامات کی اصلیت پر روشنی پڑتی ہے، بالخصوص
ایذارسی کے اختباطات، منفیت تکرار، اور توہمات پر جو بعض اوقات پیدا
ہوجاتے ہیں۔ اُن اشخاص میں بھی حکشی انخفاض پیدا ہوجانے کا رجحان ہوتا ہے
جو فکر و تشویش میں مبتلا رہنے کے عادی اور قنوطی طبیعت کے ہوتے ہیں اور معمولی
سی بات کو ہمیشہ اہم اور مخدوش سمجھتے ہیں" اور عادتاً انہی مشکلات کا نئے سرے سے
مقابلہ کیا کرتے ہیں"۔ لیکن امیز ترین علامات (یعنے افلاس، قریب الوقوع موت اور 798
جسمانی مرض کے اختباطات) بڑھتی ہوئی عمر کے تغیر پذیر مطمح نظر کا نتیجہ ہوتے ہیں۔
اکثر ذہنی ناقیام پذیری کا موروثی لوث نمایاں طور پر موجود ہوتا ہے۔ دونوں صنفیں
قریب قریب مساوی طور پر مبتلا ہوتی ہیں (۵۱ فی صدی مریض مستورات
ہوتی ہیں)۔

نفسی امراضیات۔ زیادتیٔ سن و سال کے ساتھ جو نفسیاتی تغیر طبعی طور پر
واقع ہوتا ہے، اُس پر غور کرنے سے علامات کے سمجھنے میں مدد ملیگی۔ توانائی کی کمی کے
ساتھ کام کی قابلیت میں کمی ہوتی جاتی ہے اور ساتھ ہی دلچسپی بیرونی دنیا سے ہٹ کر اپنی
ذات کے طرف مرکوز ہوجاتی ہے۔ اس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ اپنی صحت کے متعلق
زیادہ سے زیادہ دلچسپی کا اظہار ہوتا ہے، اور موت کو بڑھتا ہوا امکان تصور کیا
جاتا ہے۔ اُن عزیز امنگوں اور آرزوؤں کو جو پوری نہیں ہوئی ہیں ترک کرنا پڑتا ہے۔
یادِ ماضی اور جدت گریزی (misoneism) عادت بن جاتے ہیں ("پہلا زمانہ کیسا
اچھا تھا")۔ اِن حالات سے بالآخر انا مرکزیت پیدا ہوتی ہے، جو نمو یافتہ
دارالنفس میں، جذباتی محبیت کی کمی اور حقیقی چڑچڑے پن کی صورت میں ظاہر ہوتی
ہے۔ مراق اس کے مظاہر میں سے ایک مظہر ہے، جو صحت کے متعلق فکر و انہماک کا

مبالغہ ہوتا ہے' اور مالی افکار سے خست اور افلاس کے اختباطات پیدا ہو جاتے ہیں۔ خود مریض یا اس کے بچوں کے متعلق عزیز آرزوؤں اور امنگوں کی ناکامی سے انخفاض پیدا ہو جاتا ہے۔ اس امر کو تسلیم کرنے سے گریز کہ مستقبل اپنے اندر ہلاکت کا سامان رکھتا ہے' دار النفس میں موت کے خوف کی صورت اختیار کرتا ہے' اور موت ڈراؤنی نظر آتی ہے۔ یہاں ایک اور مزید اہم عامل داخل ہو جاتا ہے اور وہ یہ کہ قوی جذباتی رنگ رکھنے والے تصورات' جنھیں ایک نوعمر تندرست شخص کظم کر کے پس پردہ رکھ سکتا ہے' میدانِ شعور میں داخل ہو جانے کا امکان رکھتے ہیں' اور یہ جس شکل میں ایسا ہوتے ہیں وہ اس وجہ سے اور بھی زیادہ تکلیف دہ ہوتی ہے کہ کظم کرنے کے عمل میں وہ مسخ ہو گئے ہوتے ہیں۔ حقیقی یا محض خیالی صنفی یا دوسری بدکاریوں کے متعلق عرصۂ دراز کی خطاکاری کے احساسات' اپنی نالائقی کے اختباطات اور جلد آنے والی سزا (عذاب' جہنم واصل ہونا وغیرہ) کا خوف پیدا کر دیتے ہیں۔ مراقی اختباطات بھی اکثر اوقات خطاکاری کے احساس پر مبنی ہوتے ہیں' مثلاً یہ کہ بعض اعمال' (مثلاً جلق) نے میری صحت کو برباد کر دیا ہے۔ زندگی سے عدم دلچسپی' جو ترقی پذیر انانیت سے ظاہر ہوتی ہے' موت کی آرزو پر بھی مشتمل ہوتی ہے۔ اس کے برعکس انانیت موت کے خیال کو ناپسند کرتی ہے۔ اسی واسطے یہ مریض موت کے آرزومند بھی ہوتے ہیں اور اس سے خائف بھی۔ اسی وجہ سے ان مریضوں میں ایسے متضاد علامات کا اختلاط پایا جاتا ہے' جیسے کہ قریب الوقوع موت کے اختباطات اور اقدام خودکشی۔ عدم دلچسپی کی تحلیل سے اعدامیتی اختباطات پیدا ہو جاتے ہیں' مثلاً یہ کہ کوئی چیز موجود نہیں' دوسرے سب مر گئے ہیں' کوئی چیز حقیقی نہیں۔

ذہنی علامات۔ مریض طویل عرصہ بے خوابی' بےچینی' پریشانی اور دردِ سر کے ساتھ گذارنے کے بعد معین طور پر منخفض اور عموماً فکرمند ہو جاتا ہے۔ اس انخفاض کے ساتھ اپنی نالائقی کے تصورات موجود ہوتے ہیں' اور یہ اکثر ناقابلِ معافی گناہ کے اختباطات کی شدت اختیار کر لیتے ہیں' جو نمایاں اور ممیز طور پر نوعمری کی جلق زنی کے متعلق ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ مریض اس انخفاض کو خوب

چھپا ہوا رکھے ۔ چنانچہ ممکن ہے کہ وہ دوران گفتگو میں مسکراتا رہے اور تھوڑے عرصے بعد اقدام خودکشی کرے ۔ انخفاض اور اندیشہ کی زیادتی مسلسل اضطراب پیدا کردیتی ہے، اور مریض ادھر اُدھر جاتا، اپنے ہاتھ ملتا، ناخن کترتا، روتا، واویلا کرتا، اپنی پیشانی کو دباتا، آہیں بھرتا، ناخنوں کو اپنے ہاتھوں یا حلق میں گڑوتا اور اپنے بالوں کو نوچتا ہے ۔ ممکن ہے کہ یہ حالت مسلسل ہو، یا اس میں تسلیم و رضا یا بظاہر حقیقی بشاشی بلکہ (شاذ صورتوں میں) فرحانیت کے وقفے واقع ہوں۔ اکثر ایک تکراری فعالیت ہوتی ہے، مثلاً خاطر جمعی کرنے کے لئے متواتر استدعا : "کیا وہ مجھے یہاں سے لیجائیں گے؟" مریض قریب الوقوع ایذارسی کے اختباطات ظاہر کرتا ہے، جو اکثر عجیب و غریب قسم کے ہوتے ہیں ۔ مثلاً اس قسم کے کہ اُسے گولی ماردی جائے گی، پھانسی لگادی جائے گی، زندہ بھونا جائیگا، وغیرہ ۔

معلوم ہوتا ہے کہ اس فعالیت کا انحصار بڑی حد تک اختباطی مافیہ کی نوعیت پر ہے ۔ مندرجۂ بالا بیان کا اطلاق انخفاض اضطرابی پر ہوتا ہے ۔ دوسری اصابتوں میں مراقی اختباطات سب سے زیادہ ممیز خاصہ ہوتے ہیں ۔ علاوہ بریں مریض ایک عجیب بے سروپا قسم کی مبالغہ آمیزی کرتا ہے جو غالباً استعارہ کی اہمیت رکھتی ہے ۔ "آنتیں سڑ گئی ہیں، دماغ بھوسا ہے" وغیرہ۔

دوسری اصابتوں میں ایک پُرسکون عدم فعالیت کے ساتھ یہ اعدامیتی ایقان موجود ہوتا ہے کہ ساری دنیا مر گئی ہے، مع (یا بجز) مریض کے ۔ اِن کاہل وجود مجہول یا بطئ الحرکت مریضوں میں ممکن ہے کہ سوالات کا جواب دینے میں کسقدر سستی ہو، اور جوابات یک حرفی ہوتے ہیں ۔ یہ حالت ماتیائی انخفاضی دا النفس سے قریبی مشابہت رکھتی ہے ۔ دوسرے مریض ایسے اختباطات کے زیر اثر کہ ہمیں کھانا یا بولنا نہیں چاہیئے (اختباطی ضبط)، جن کی تائید اکثر اسی قسم کے توہمی احکام سے ہوتی ہے، سوالات کا جواب بالکل نہیں دیتے (گونگاپن) اور غذا لینے سے انکار کرتے ہیں ۔ عموماً تخیل کی دقت کی کوئی شکایت نہیں ہوتی ۔ لیکن بعض مریض حیرانی کی شکایت کرتے ہیں، یعنے جو کچھ دیکھتے ہیں اُسے سمجھ نہیں سکتے ۔

عقلی اور مجمع الاحساسی وظائف میں خرابی نہیں ہوتی باستثنائے اُن اشخاص کے جن کو انتہائی اضطراب ہو اور جن میں ڈراؤنے توہمات کے ساتھ تیرگیٔ شعور ظاہر ہو۔ یہاں ایک ستمی اضافہ کا شبہ کرنا چاہیئے۔

ایسے مریضوں میں خودکشی کے خطرہ کو ہمیشہ پیشِ نظر رکھنا چاہیئے۔ یہ حکشی انخفاض میں بہ نسبت کسی دوسرے دار النفس کے زیادہ عام ہے۔

طبیعی امارات حسب ذیل ہوتے ہیں :۔ نحول، قبض، بیش فاعلی رکبی جھٹکے، ہاتھوں کے رعشے، اور ساتھ ہی پیرانہ سالی کے طبیعی لوازم بالخصوص شریانی صلابت۔

عمر اور انذار ۔ اکثر علامات کی شدت میں بہت کمی بیشی ہوتی ہے اور ممکن ہے کہ ایک بہ ظاہر صحتیاب ہوتا ہوا مریض خودکشی کرلے۔ مرض کم از کم مہینوں سے برسوں کا طول کھینچتا ہے۔ آٹھ سال کے بعد بھی شفا ہوگئی ہے۔ انذار کا انحصار وجدانی حالت پر ہوتا ہے۔ انخفاض اور تشویش کا جذباتی اختلال تصویر میں جس قدر زیادہ ہو مستقبل اسیقدر امید افزا ہوتا ہے۔ چڑچڑاپن اور نمایاں مراقی مشغول ذہنی منحوس سمجھے جاتے ہیں۔ پیرانہ قشری خرابی (نقصِ حافظہ) کے یا ماسکی شریانی صلابتی دماغی مرض کے امارات کی موجودگی انذار کو خراب بنادیتی ہے۔

علاج ۔ دو اُصول رہنمائی کرتے ہیں :۔ جسمانی طاقت کو برقرار رکھنا اور خودکشی کو روکنا۔ اِن دونوں کے لئے ہمیشہ نگرانی کی ضرورت ہوتی ہے۔ دوسرے کے یہ معنی ہیں کہ مریض کو دِن رات تنہا نہیں چھوڑا جاسکتا۔ اسی واسطے تاوقتیکہ مریض کے ذرائع آمدنی اسقدر کافی نہوں کہ گھر پر دن رات ممرّضہ کا انتظام ممکن ہو، کسی شفاخانہ امراضِ دماغی میں علاج کرانا ضروری ہے۔ ابتداءً تغذیہ میں آسانی کے لئے بستر میں آرام ضروری ہے۔ اگر علاج مکلی ہوا میں عمل میں لایا جاسکے تو بے چینی پر اچھا اثر پڑتا ہے۔ اگر مریض غذا سے انکار کرے تو انبوبی تغذیہ سے کام لینا چاہیئے۔ نیند لانے کے معمولی طریقے استعمال میں لائے جاسکتے ہیں، لیکن مریض کی کمزوری اور اُس کی فاعلی مزاحمت کے باعث آبی علاج کی تدابیر

اکثر ممنوع ہوتی ہیں۔ جسمانی حالت کی بحالی کے بعد سادہ مشاغل تجویز کرنا چاہئیں۔ بعض اوقات یہ مریض کی تفہیم میں پہلا قدم ثابت ہوتے ہیں۔ نفسیاتی علاج سادہ قسم کا ہونا چاہیئے۔ ممکن ہے کہ زیادہ گہرا کریدنے کا یہ نتیجہ ہو کہ مریض کی طبیعت خطرناک طور پر اُلٹ پلٹ ہو جائے۔

انشقاق الذہنی تعامل والے اقسام

عتاہت مبادر (dementia præcox)

انشقاق الذہن کے مریض شفاخانہ جات امراض دماغی کے داخلوں کے پچیس فی صدی، اور اُن کی مستقل آبادی کے چالیس فی صدی ہوتے ہیں۔ اس کیفیت کے مختلف العناصر سریری مواد کو ابتداءً کریپیلن (Kraepelin) نے ایک زمرہ میں جمع کیا اور اِن کے لئے "عتاہت متبادر" ("dementia præcox") کا نام تجویز کیا لیکن بلولر (Bleuler) کا تجویز کردہ نام "انشقاق ذہن" ("schizophrenia") مختلف وجوہات کی بنا پر قابل ترجیح ہے:۔ اولاً یہ کہ اِس قسم کے بہت سے مریض معتوہ نہیں ہوتے، بلکہ بعض کامل طور پر اور بعض جزئی طور پر شفایاب ہو جاتے ہیں۔ دوم یہ کہ "متبادر" صحیح تعریف نہیں ہے، کیونکہ اس حالت کا ابتدائی زندگی میں واقع ہونا لازمی نہیں، اور نہ عتاہت، جب کہ وہ واقع ہوتی ہے ہمیشہ سرعت کے ساتھ لاحق ہوتی ہے۔ اور بالآخر یہ کہ انشقاق ذہن کے مادہ کا مفہوم ("ذہن کا پھٹ جانا") اُس حالت کو بیان کرنے کے لئے جسے بعض اوقات بنیادی انشقاق الذہنی عمل یعنے مختلف ذہنی وظائف کے درمیان معمولی ہم آہنگ اشتراک عمل کا فقدان سمجھا جاتا ہے، نہایت موزوں ہے۔ "انشقاق الذہن" کی اصطلاح کو وسعت دے کر تقریباً ہر ایسے داء النفس پر جس کا کوئی قابل ثبوت عضوی مبداء نہ ہو، در حقیقت جو نیا (؟) داء النفس کے تحت شامل نہ ہو سکے، محتوی کرنے کا رجحان رہا ہے۔ مگر یہ امر قابل مذمت ہے، اگرچہ دوسرے ادواء النفس میں انشقاق الذہنی علامات کی پیچیدگی کا ذکر کرنا رائج ہے اور اس کی

اجازت بھی ہے (7)۔

تعریف ۔ انشقاق الذہن ایک تغیر پر مشتمل ہے، جو عام طور پر (نہ کہ ہمیشہ) ترقی پاکر مریض کی شخصیت میں ایک کم و بیش گہری اور مستقل خرابی پیدا کر دیتا ہے۔ یہ عمل احساس، تخیل، اور طرز عمل میں تغیر کی شکل میں ظاہر ہوتا ہے، جس سے ایک طرف تو بیرونی دنیا سے بہ ظاہر بے پروائی کا برتاؤ، اور دوسری طرف بعض ذہنی اعمال میں ایک اندرونی بے نظمی، خاص کر احساس اور تخیل کے درمیان ایک ناہم آہنگی پیدا ہو جاتی ہے، لیکن عقلی اور مجمع الاحساسی وظائف (حافظہ، فہم اور ماحول شناسی) صحیح اور محفوظ رہتے ہیں۔ 800

بحث اسباب ۔ حدوث :۔ بالعموم یہ حالت ابتدائے زمانۂ ریعان میں ظاہر ہوتی ہے۔ اسی بنا پر کلاؤسٹن (Clouston) نے اس کے لئے "ریعانی جنون" ("adolescent insanity") کی اصطلاح تجویز کی۔ اسکے بیشتر مریض بیس اور چالیس سال کی عمر کے درمیان امراض دماغ کے شفاخانوں میں داخل ہوتے ہیں، لیکن اس سے یہ کسی طرح لازم نہیں آتا کہ یہ ابتدائے مرض کے زمانہ میں ہی داخل ہوتے ہیں۔ انشقاق الذہن ابتدائی عمر یعنے چار سال کے سن میں بھی ہونا پایا گیا ہے، اور انشقاق الذہنی علامات کی رنگ آمیزی دوسرے ادوار النفس میں آخری عمر یعنے پیرانہ سالی تک میں پائی گئی ہے۔ لیکن انشقاق الذہن اس مفہوم میں جو اوپر بیان کیا گیا ہے پینتالیس سال کی عمر کے بعد غیر عام ہے۔ عورتوں کی نسبت مرد زیادہ اکثر مبتلا ہوتے ہیں (۱۲٫۸ فی لاکھ آبادی کے مقابلہ میں ۱۶ فی لاکھ)۔ اِس واقعہ سے کہ انشقاق الذہن دیہاتی اضلاع کے مقابلہ میں شہروں میں اور ریاستہائے متحدہ کی ملکی پیدائشی آبادی کی نسبت غیر ملکی پیدائشی آبادی میں زیادہ کثیر الوقوع ہے، اِس خیال کی کسیقدر تائید ہوتی ہے کہ انشقاق الذہن توافق میں خاص بار پڑنے کا تعامل ہے۔ اس امر کی کچھ نا تمام شہادت موجود ہے کہ نسل اور جائے پیدائش عاملاتِ معدہ ہیں، مثلاً یہ کہ سلافی قومیں (Slavonic races) انشقاق الذہنی تعاملات کی نسبتہً زیادہ استعداد رکھتی نہیں۔

موروثی لوث [ادواء النفس، عصبی امراض، الکحلیت، صرع، شیخوخی عتاہت (senile dementia)، غیر معمولی کردار اور خودکشی کی شکل میں] معمولی اشخاص کے اسلاف کی نسبت مشقوق الذہن اشخاص کے اسلاف میں زیادہ غالب ہوتا ہے۔ ادواء النفس آباو اجداد اور ہم جدی افراد میں خاص طور پر کثیر الوقوع ہیں، اور معمولی اشخاص کے اسلاف کی نسبت ان میں سہ گنا زیادہ عام ہوتے ہیں۔ مشقوق الذہن اشخاص سے خون کا رشتہ رکھنے والوں میں معین ادواء النفس کے علاوہ مزاج اور کردار کی غیر طبعی حالتیں نمایاں طور پر عام ہوتی ہیں۔ لیکن سب سے زیادہ گہرا لوث بالواسطہ (ہم جدی) اسلاف میں اور اجداد میں ہوتا ہے۔ انشقاق الذہنی عارضہ پیدا کرنے میں الکحل بہت کم اثر رکھتی ہے یا کوئی راست اثر نہیں رکھتی۔ بعض اوقات وہ اس طرح عامل ہوتی ہے کہ گویا مخفی انشقاقی رجحانات کو رہا کردیتی ہے۔ زیادہ اکثر الکحلیت انشقاق الذہن کی ایک علامت ہوتی ہے، اور وہ شخص جو پہلے ہی سے ذہنی مرض میں مبتلا ہے اُسے اختیار کر لیتا ہے۔

انشقاق الذہن کی تسبیب کے متعلق کثیر التعداد نظریات ہیں۔ خیال ظاہر کیا گیا ہے کہ انشقاق الذہنی ادواء النفس کسی تحولی اختلال کسی قسم کی موجودگی، یا ساختِ دماغ کے مرض سے، یا ماسکی عفونت، اور اس سے پیدا ہوجانے والی مرکزی عصبی نظام کی سمومیت سے پیدا ہوجاتے ہیں۔ یہ بھی خیال کیا گیا ہے کہ یہ دا، النفس عام طور پر جسم کے خلیات، اور خاص کر دماغ کے ہرمی خلیات اور دروں افرازی غدد (بالخصوص خصیتین) کے خلیات کے عمومی "قہقری ذبول" کا مظاہرہ ہے۔ لیکن تاحال ان نظریات میں سے کسی نظریہ کو مسلمہ توجیہہ کی حیثیت حاصل نہیں ہوئی۔

اغلب ہے کہ ایک بنیئی استعداد ماسبق موجود ہوتی ہے۔ خیال کیا جاتا ہے کہ جسمانی لحاظ سے یہ اس سے ثابت ہوتا ہے کہ مشقوق الذہن اشخاص کی جسمانی ساخت بیشتر اوقات "بدقوارہ" ("dysplastic") قسم کی ہوتی ہے۔ نیز اس سے کہ بعد الممات امتحان میں ان اصابتوں کی اکثریت میں بہت سے احشاء کی ناقص تکوین پائی جاتی ہے اور ساتھ ہی مزمن التہابی اضرار کا حدوث

غیر معمولی طور پر زیادہ ہوتا ہے۔

انشقاق الذہن کے سریری مظاہر سے زیادہ راست تعلق اُن خصائص شخصیت کا ہے جو اکثر بین انشقاق الذہنی علامات کے آغاز سے پہلے موجود ہوتے ہیں۔ یہ تسلیم کر لیا گیا ہے کہ ایک خاص قسم کے شخص میں انشقاق الذہنی علامات کے نمو کی صلاحیت دوسروں کی نسبت زیادہ ہوتی ہے۔ اِس قسم کی شخصیت کو بند **(shut-in)** مشقوق **(schizoid)**، مرتجع الباطن **(introvert)** یا خود عاشق **(narcissistic)** کہتے ہیں۔ ان اصطلاحات میں معنوں کا باریک فرق ہے، مگر یہ سب ایک ہی جماعت کے اشخاص پر دلالت کرتی ہیں۔ "بند" شخصیت مشقوق الذہن اصابتوں کے تقریباً دو ثلث میں موجود ہوتی ہے۔ یہ مریض ہمیشہ شرمیلے، تنہائی پسند، کم گو، مشکل سے اثر قبول کرنے والے، ذکی الحس اور ضدی ہوتے ہیں۔ انھیں اوسط اشخاص کی خوش کامیوں اور مشاغل سے کوئی دلچسپی نہیں ہوتی، بلکہ اس کے بجائے وہ ایک خیالی عالم میں رہتے ہیں۔ دوسری خصوصیات بھی موجود ہوتی ہیں، مثلاً جذبات کا اوپری ہونا، اپنے ماحول کے لئے بے التفاتی، غیر معمولی ضابطہ پرستی اور ناقص التوازن جنسی جبلت۔ 801

اس قسم کا مزاج ایک کامل انشقاق الذہنی داء النفس میں کیونکر متغیر ہوتا ہے؟ اس داء النفس کو ماحولی اور اندرونی باروں کے بد توافق تعاملات کا نتیجہ سمجھا جاتا ہے جو ایک طویل عرصہ تک جاری رہے ہوں۔ فرد متعلق بجائے اس کے کہ اپنی مشکلات و مسائل کا ایمانداری کے ساتھ مقابلہ کرنے اُن سے جی چُراتا ہے اور چالبازیوں، مثلاً نسیان، عیب چینی، خیالی پلاؤ پکانے، دعا مانگنے اور دوسری ترکیبوں سے کام لیتا ہے (ابدالی تعاملات **substitutive reactions**) بدقسمتی سے یہ چالبازیاں اپنے آپ میں خود روی اختیار کرنے کا (یعنے خود بخود سرزد ہو جانے کا) رجحان رکھتی ہیں، پھر ان سے زیادہ جلد جلد کام لیا جاتا ہے (خرابیٔ عادت = **habit deterioration**)، اور بالآخر کم و بیش یہ حالت ہو جاتی ہے کہ ان پر کوئی قابو نہیں رہتا۔ یہ واقعہ کہ انشقاق الذہنی داء النفس کا آغاز دفعۃً ہو سکتا ہے اِس رائے کا منافی نہیں۔ یہ ناگہانی حدوث

متناظر ہے تعویض کی شکست کے، جو کسی شخص میں جس کا مضرت رسیدہ قلب اب تک اپنے افعال تشفی بخش طور پہ انجام دے رہا ہے، بہرا، اُزیما، وغیرہ پیدا کر دیتی ہے۔ اس نظریہ کی بنا پر کسی نوعی مرضی ذات کی موجودگی خارج از بحث ہے۔ ہر فرد بذاتہٖ ایک جداگانہ مرض کی حیثیت رکھتا ہے۔ اس سے وہ عام مشابہتیں خارج از بحث نہیں ہوتیں، جن کی بنا پر یہ کہا جا سکتا ہے کہ افراد کے ایک گروہ میں بعض مرضی تعاملات مشترک طور پر موجود ہیں، جو انشقاق الذہنی تعاملی اقسام کا خاصہ ہوتے ہیں۔ جس طرح کہ بعض اشخاص متعدد اقسام میں سے ایک قسم کا طبعی نمو حاصل کرتے ہیں، اُسی طرح بعض اشخاص ذہنی مرض میں مبتلا ہونے کا رجحان رکھتے ہیں۔ اسی طرح ناگزیر عتاہت کا خیال ہرگز درست نہیں۔ بات صرف اتنی ہی ہے کہ بعض تعاملات کا استعمال اس قدر مضرت رساں ہے کہ اگر اُن کی عادت پڑ جائے تو طبعی حالت کا عود بمشکل ممکن ہے (2)۔

نفسی امراضیات۔ فتورِ تخیل، جس کی وجہ سے ایسے کلمات زبان سے نکلتے ہیں جو اکثر واہی تباہی معلوم ہوتے ہیں، بہت سے مشقوق الذہن مریضوں کا ایک نمایاں سریری مظہر ہوتا ہے۔ یہ امر چنداں تعجب خیز نہیں، جب کہ یہ یاد رکھا جائے کہ ان میں سے بہت سے مریضوں میں دوسرے اشخاص سے بات چیت کرنے کی خواہش بالکل مفقود ہوتی ہے اور اسی واسطے انھیں اپنا مطلب سمجھانے کی ضرورت ہی نہیں ہوتی۔ چنانچہ وہ اپنی نجی زبان استعمال کر سکتے ہیں اور اسی میں راضی رہتے ہیں۔ مزید برآں شخصیت کا وہ "تکسہ" جو مشقوق الذہن اشخاص میں واقع ہوتا ہے، یہ معنی رکھتا ہے کہ بہت سے جذبات اور رجحانات جو طبعاً لاشعوری رہتے ہیں اُن کا شعوری اظہار ہونے لگتا ہے، اور یہ یا تو بلاواسطہ ہوتا ہے، مثلاً عظمتِ نفس کے سادہ اختباطات، جو جاہ طلبانہ خیالی پلاؤں کا (جو عام طور پر سب آدمی پکاتے رہتے ہیں) سادگی آمیز اظہار ہے، یا اختباطات محبوبیت جو عورتوں کا حصہ ہیں۔ یا بالواسطہ ہوتا ہے، مثلاً ایذا رسی کے توہمات یا اختباطات، جو لاشعوری رجحانات، اور اُن کے کنظم کی کوشش، دونوں کا مجموعی نتیجہ ہوتے ہیں؛ جن کا انجام یہ ہوتا ہے کہ یہ رجحانات محض ایک محدود و مسخ شدہ

اظہار کی حدتک پہنچتے ہیں۔ مثلاً ممکن ہے کہ کسی دوسرے شخص کے متعلق ہم جنسی پسندیدگی کا شعوری اظہار اِس استنباط کی صورت میں ہونے لگے کہ وہ دوسرا شخص ایذارسانی (نفرت) کر رہا ہے۔

ایک دوسری صفت جس کی وجہ سے مشتوق الذہن کے ذہنی اعمال اِس قدر بے ترتیب نظر آنے لگتے ہیں، رمز اور کنایہ کا استعمال ہے جس میں اُس کے خیالات چھپے رہتے ہیں۔ اس اخفا کی نوعیت یا تو یہ ہوتی ہے کہ وہ کظم کرنے کی کوشش کرتا ہے، یعنی اپنی ذات کے اندر کے بعض رجحانات کے اعتراف سے انکار کرتا ہے۔ یا اسے اُس قسم کے تخیل کی طرف تقہقر (یعنی ایک نسبتۃً ابتدائی درجہ کی طرف عود) سمجھنا چاہیے جو ابتدائی اقوام میں نمایاں طور پر پایا جاتا ہے۔ مشتوق الذہن کے بیانات کی کچھ بے ترتیبی کا سبب تکمیل میں عدم صفائی بھی ہے۔ کوئی بھی شخص اپنے خیالات کے اظہار میں پھسپھساپن پیدا کر دے گا جو ان کو ہمیشہ حقیقت کی کسوٹی پر نہیں جانچتا۔ مشتوق الذہن اپنی حساس محویت بالذات (ارتجاع باطنی) کے باعث ایسا کرنے کی برداشت نہیں رکھتا۔ اُس کی بیماری ایک معنی میں ایک نامہربان دنیا کی ناخوشگوار حقیقت کی طرف سے ایک ایسی خیالی دنیا کی طرف رُوگردانی ہے جس میں ہر چیز اُس کے حسب خواہش ہے، جہاں اُس پر "خوشبوؤں اور پھولوں کی بوچھاڑ ہوتی ہے جو خواتین کے ہاتھوں سے ہلکے ہلکے پڑتی ہے" (6)۔

ذہنی علامات۔ عام طور پر انشقاق الذہن کی چار خاص قسمیں بیان کی جاتی ہیں، جو بعض علامات کے غلبہ کے لحاظ سے حسب ذیل ہیں:۔ سادہ، شبابی جنونی (hebephrenic)، جُنّۃ آسا (paranoid) اور زوالِ ذہنی (catatonia)۔ لیکن ان کے درمیان کوئی قطعی خط فاصل نہیں ہے۔ اِن سب کی مُمیّز خصوصیت یہ ہے کہ مریض کو حقیقت کی بیرونی دنیا سے عدم دلچسپی اور اپنے خود کے باطنی تجربات میں ایک متناظر انہماک ہوتا ہے۔ اِن سب میں جذباتی اور تخیلی اعمال کے درمیان ایک ظاہری تناقص بھی نظر آتا ہے (درونِ نفسی عدمِ اتساق = intrapsychic ataxia) (یہ تناقص شاید اس قدر حقیقی نہیں ہوتا

جس قدر کہ ظاہری)، اور خود تخیل کے عمل کا فتور ہوتا ہے (ملاحظہ ہو" نفسی امراضیات")
جس کی وجہ سے ان مریضوں کا کلام بے ربط اور بیہودہ ہوتا ہے۔ عموماً ایک ابتدائی
زمانہ ایک مبہم سی بے چینی اور شخصیت اور طرز عمل میں بتدریج ترقی پذیر تغیر کا ہوتا
ہے، اور ممکن ہے کہ یہ محض ان خصایص کا مزید نمو ہو جو پہلے بیان کئے جا چکے
ہیں۔ مریض دوسرے لوگوں سے ملنے جلنے کی طرف بتدریج کم مائل ہوتا جاتا ہے،
اور وہ غیر فاعلی ہو جاتا ہے، اور شاید گھنٹوں ہاتھ پر ہاتھ دھرے بیٹھا رہتا ہے۔
اس کے برعکس ممکن ہے کہ فعالیت کے اضطراری حملے واقع ہو جائیں، مثلاً
آوارہ گردی یا جسمانی مضرت رسانی کی شکل میں۔ وہ اپنے لباس اور شکل و صورت
کی درستی میں غفلت کرتا ہے، اور جب اُسے اس کے متعلق متنبہ کیا جاتا ہے تو چڑچڑا
بلکہ خطرناک ہو جاتا ہے۔ وہ ناگوار احساسات کی شکایت کرتا ہے (بالخصوص اپنے
سر کے)، اور عجیب و غریب اور بے بنیاد باتیں کہہ ڈالتا ہے، اکثر یہ کہ" مجھے
بعض لوگ غور سے دیکھ رہے" یا "میرے متعلق خاص طور پر دلچسپی لے رہے ہیں"
(تصوراتِ اشارہ)۔ اکثر اوقات طبیعت میں حقیقی پستی محسوس ہوتی ہے، اور
اس درجہ میں بعض اوقات اس حالت کو انخفاض کے دوری جنونی (مانیائی
انخفاضی = manic-depressive) حملہ سے تمیز کرنا مشکل ہوتا ہے۔ اسکے برعکس
ممکن ہے کہ مزاجی تغیر محض خفیف اور مبہم سی فرحانیت ہو، جو ایسے امور سے وابستہ ہو، جیسے کہ
مثلاً مغلق الفاظ کی نثر لکھنے، یا ایک تجربہ فلسفیانہ یا میکانی اسکیم تیار کرنے کی کوشش۔
ان ذہنی علامات کے ساتھ بے خوابی اور عام صحت میں اختلالات (وزن میں کمی وغیرہ)
واقع ہو جاتے ہیں۔ بعض اوقات آغازِ مرض ناگہانی ہوتا ہے، بالخصوص حادثوں اور
کے بعد۔ زوالِ ذہنی والی قسم کا آغاز دوسری قسموں کی نسبت زیادہ اچانک
ہوتا ہے۔

سادہ انشقاق الذہن (schizophrenia-simplex)۔ اس قسم کا
مخصوص خاصہ یہ ہے کہ بیرونی دلچسپی کم ہو جاتی ہے اور مریض تنہائی پسند اور
بظاہر مشغول الذہن ہو جاتا ہے۔ اکثر التباسات اور توہمات موجود ہوتے ہیں۔
جو نا پائدار قسم کے ہوتے ہیں، مگر عام طور پر توانائی اور دلچسپی کی ایسی کمی کا گمان ہوتا

ہے کہ خود محوی فعالیت بھی کم ہو کر اقل ہو جاتی ہے۔ بالآخر مریض بالکل پست ہو کر ایک خاموشی اور بے بسی کی حالت میں ہو جاتا ہے، جس میں ممکن ہے کہ وہ زیر نگرانی سادہ ترین قسم کے معمولی کام کے قابل رہے۔ ایسے اشخاص شاید ادارات (شفاخانہ جات امراض دماغی) سے باہر رہ سکتے ہیں، اور ابتداءً ہونہار ہونے کی توقع کے بعد ناکام زندگی کی چند مثالیں پیش کرتے ہیں۔ یہ کاہلوں اور بیکاروں، آوارہ گردوں اور کسبیوں کی تعداد میں اضافہ کرتے ہیں۔

شبابی جنونی انشقاق الذہن (hebephrenic schizophrenia) کی مخصوص و ممیز خصوصیات حسب ذیل ہیں:۔ انحطاطات کی عجوبہ اور عارضی نوعیت، توہمات کا غلبہ، تخیل کی نمایاں بے ربطی، اور جذباتی خرابی جو بے پروائی (ماحولی تہیجات کی طرف عدم التفات) اور خیال اور جذبہ کی ناہم سازی کی شکل میں ظاہر ہوتی ہے، جس سے مثلاً یہ ہوتا ہے کہ ڈراونے اور تکلیف دہ تصورات بے پروائی سے قبول کئے جاتے ہیں یا بیان کئے جاتے ہیں۔ انخفاض اور ہیجان کا تبادل بھی ممیز ہے، اور آخر الذکر اکثر وحشیانہ اضطرار اور خودکشی کی فعالیت کے ساتھ ہوتا ہے۔ آدابیت (عجوبہ طریقے، مثلاً کھانے کے) اور گفتگو، حرکت اور وضع کا تکرار (بعض فقروں اور حرکات کو دہرانے اور بھونڈی جسمانی ہیئتوں کو قایم رکھنے کے رجحانات)، بیہودہ ہنسی (مثلاً بہ ظاہر بلا معقول وجہ کے ہنسنا) اور عجوبہ طور پر خود کو بنانا سنوارنا، یہ سب اکثر پائے جاتے ہیں۔ وہ اشخاص جن میں مرض کی یہ قسم نمو یاب ہو جاتی ہے پہلے اکثر تخیل پسند اور غیر عملی، رومان پسند اور نطاقت پسند، اپنی ذات پر اعتماد نہ رکھنے والے، ایعاء پذیر، ڈرپوک، نا ملنسار، محدود دلچسپی رکھنے والے، لیکن شفیق اور قدرے خوش و خرم تھے۔ کامل نمو یافتہ حالت میں یہ گمان ہوتا ہے کہ سابقہ شخصیت کی مکمل بربادی کیساتھ ایک بے ربط حماقت کی حالت پیدا ہو گئی ہے۔

جُنّۃ آسا قسم (paranoid form) اُن اشخاص میں عام ہے جن میں معین انشقاق الذہنی امارات تیس سال کی عمر کے بعد نمو یاب ہوتے ہیں۔ جُنّۃ آسا انشقاق الذہن کا تعلق جُنّۃ اور فتورِ عقل (paraphrenia) کے ساتھ

ظاہر کرنے کا بہترین طریقہ یہ ہے کہ اِن حالتوں کو سلسلہ وار مرتب کیا جائے:۔
جُنّتہ فتورِ عقل اور جُنّتہ آسا انشقاق الذہن یعنے ذہنی حیات کے مترقی تکسر کی
ترتیب میں۔ جُنّتہ آسا انشقاق الذہن کے ممیز آمارات حسبِ ذیل ہیں:۔ نمایاں
اختباطات، فقدانِ نظم (جُنّتہ کے برعکس)، اُن کی عجوبہ سریع الزوال اور تغیر
پذیر نوعیت اور توہمات کے ساتھ اُن کا ایتلاف، جو اکثر احمقانہ قسم کے، اور خود
اختباطات کی طرح، عموماً ایذارسی یا عظمت نفس کی نوعیت کے ہوتے ہیں۔ دوسرے
آمارات و علامات وہی ہیں جو انشقاق الذہن کی دوسری قسموں میں مشترک پائے 803
جاتے ہیں۔ شخصیت کی وہ قسم جس میں جُنّتہ آسا انشقاق الذہن بالآخر نمویاب
ہوجاتا ہے عموماً ضدی، عزلت پسند، سخت و کرخت (جو واقعات کو جُھکا لیتی ہے،
خود واقعات کے سامنے نہیں جُھکتی) اور خود بین ہوتی ہے۔ اِن میں اعتماد بالذات
بظاہر پایا جانا دلیل ہے اس امر کی کہ وہ قطعی طور پر مفقود ہے۔ اکثر یہ لوگ بچپن کے
زمانہ میں غیر معمولی طور پر نافرماں بردار، نصیحت اور اصلاح کو نہ قبول کرنے والے،
اور اپنی مرضی کا کام کرنے پر مُصر رہنے والے تھے۔ دوسرے شرمیلے اور تنہائی پسند
تھے، جن میں پیش قدمی کا فقدان اور ہمیشہ خود کو محفوظ رکھنے کی عادت تھی۔

زوال الذہنی انشقاق الذہن (catatonic schizophrenia) کی
مخصوص خصوصیات ذہول اور منفیت ہیں، (یعنی دوسرے کی کرائی ہوئی حرکات کی
مخالفت، یا جس فعل کے انجام دینے کے لئے کہا گیا ہے اُس کے ٹھیک خلاف
عمل میں لانا)، جن کے ساتھ اضطراری جوشش و ہیجان کے دورے تبادل کرتے
ہیں۔ ذہول گونگے پن اور عام بے حرکتی پر مشتمل ہے، اور ساتھ ہی اس میں تہیجات
کی تجیبیت کا فقدان ہوتا ہے، جس کی وجہ سے مریض فطری ضروریات (پیشاب
پاخانہ جانے) سے بے توجہی کرتا ہے، بلکہ لعاب دہن اپنے منھ کے اندر جمع ہونے
دیتا ہے یہاں تک کہ وہ متعفن ہوجاتا ہے۔ ذہول کے ساتھ عموماً منفیت موجود
ہوتی ہے (بلکہ ممکن ہے کہ ذہول منفیت ہی کا ایک اظہار ہو) اور اسی کے ساتھ
غذا سے انکار ہوتا ہے اور مجہول حرکات کی مخالفت ہوتی ہے۔ اس کے برعکس ممکن
ہے کہ جوارح اُسی وضع میں رہیں جس میں انھیں کسی مشاہد نے رکھدیا ہو (مومی

خم پذیری : flexibilitas cerea) اور جاذبہ کے اثر تک سے نہ گریں نفسیاتی
لحاظ سے اس کو منفیت کے برعکس سمجھا جا سکتا ہے۔ اسی طرح ممکن ہے کہ مریض بظاہر
خود رو طریقہ سے ہر اس امر کی تعمیل کرے جسے کرنے کے لئے اس سے کہا جائے (حکمی
خود روی command automatism:) اور جو کچھ اس نے سنا ہے اسے خود بخود
دہرائے (مہمل صدّیت :echolalia)، یا ہو بہو انہیں حرکات کی نقل اتارے جو
وہ دوسروں کو کرتا ہوا دیکھے (متواتر نقالی = echopraxia)- استقامت
(preseveration) کا اظہار نہ صرف جوارح کی اوضاع برقرار رکھنے میں ہوتا ہے
بلکہ مشہور و معروف پوزی اعتقال (schnautzkrampf) میں بھی، کیونکہ مریض
اپنے لبوں کو سؤر کی تھوتھنی کی طرح بتُود نما صورت میں اٹھائے رکھتا ہے۔ ذہول
اور عصبی عضلی تنیدگی کی یہ حالت اکثر بتدریج یا بسرعت وحشیانہ جوش و ہیجان
میں مبدل ہو جاتی ہے، جس میں مریض اضطراری طور پر تیز و تند، مائل بہ خودکشی
و مردم کشی ہوتا ہے۔ ممکن ہے وہ اسی حالت میں بہت دن یا ہفتے گذار دے،
اور ان تفررات کی جو وہ خود کو پہنچاتا ہے مطلق پروا نہ کرے، کسوتوں کو پھاڑ
ڈالے، غذا سے بے توجہی کرتا رہے یا بہت زیادہ کھالے، ہمیشہ بولتا رہے اور بہت
کم سوئے۔ بیش فعالیت کے ایسے حملے اکثر بہت تھوڑے عرصہ تک رہتے ہیں،
اور مریض پھر خاموشی کے ساتھ ذہول کی حالت میں ہو جاتا ہے۔

یہ دیکھا جائے گا کہ اس حالت کی ذہولی ہیئت کے تمام علامات
منفیت کے مختلف اظہارات سمجھے جا سکتے ہیں (اس معنی میں کہ یہ بیرونی دنیا
سے قطع تعلق کرنے کی کوشش ہے) اور اس کی ضد یعنی انتہائی ایعاذ پذیری
(مہمل صدّیت وغیرہ) اور ساتھ ہی استقامتی مظاہر (تکرارات) کے مختلف
اظہارات۔

طبیعی امارات زوال ذہنی میں دوسرے اقسام کی نسبت زیادہ
نمایاں ہوتے ہیں، لیکن یہ امارات کسی طرح ممیّز یا معنی خیز نہیں ہوتے، بجز
اس کے کہ ان سے عام جسمانی ناقابلیت ظاہر ہوتی ہے۔ بالخصوص زراق جوارح
عام ہوتا ہے، اور اس کے ساتھ بعض اوقات اذیما بھی ہوتا ہے (جو حرکت

ناپذیری کا نتیجہ ہوتا ہے)۔ وتری معکوسات عموماً نہایت فاعلی ہوتے ہیں۔ قبض اور احتباسِ بول و ریق بھی ہوتے ہیں (اور یہ سب کسی حد تک منفیتی مظاہر ہیں)۔

ممر اور انذار ۔ مندرجۂ ذیل بیان ایک عام اطلاق رکھتا ہے۔ انفرادی اصابتیں خلاف معمول ہو سکتی ہیں۔ مشقوق الذہن مریضوں کی اکثریت کی حالت جلد یا بدیر خراب ہو کر مزمن عمیق عتاہت تک پہنچتی ہے۔ دوسرے مریضوں کے مرض میں اس حد تک شفا یا روک ہو جاتی ہے کہ ایک خفیف سی عتاہت باقی رہ جاتی ہے، جس میں کم و بیش بے حسی یا بے پروائی کے ساتھ تخیل میں بے مائگی اور فتور اور طرزِ عمل میں خفیف سا نرالا پن پایا جاتا ہے۔ اِن کو اور دوسرے مریضوں کو نام نہاد "مجلسی صحتیابی" حاصل ہو جاتی ہے، یعنی ان کی حالت اِس حد تک اچھی ہوتی ہے کہ گو یہ کلی طور پر طبعی حالت میں نہیں سمجھے جا سکتے، تاہم شفاخانہ سے باہر رہ سکتے ہیں۔ نتیجہ کا انحصار کسی حد تک علامات کی نوعیت پر ہوتا ہے۔ جب ارتباک زیادہ ہو تو انذار اِسقدر یاس انگیز نہیں ہوتا جس قدر کہ مجمع الاحساس غیر ماؤف رہنے کی حالت میں ہوتا ہے۔ جذباتی علامات (انخفاض یا فرحانیت کی شکل میں) جس قدر زیادتی کے ساتھ ہوں، یعنے تصویرِ مرض جس قدر زیادہ مانیائی انخفاضی دار النفس کی تصویر سے مشابہ ہو، مستقبل اُسیقدر زیادہ امید افزا ہوتا ہے۔ جن مریضوں میں مرض کا آغاز حاد ہوا ہے اُن میں شفایابی کا بہتر موقع ہوتا ہے بہ نسبت اُن کے جن میں طویل مندر انعے جاری رہے ہوں (آخر الذکر کے نظر انداز ہو جانے کے امکان کو یاد رکھنا چاہیے)۔ سابقہ شخصیت کا اندازہ کرنا بھی ضروری ہے۔ مریض جس قدر زیادہ اچھے "جوہر" ("stuff") سے بنا ہوگا اُسی قدر اس کے عمدہ توافق کے مواقع بہتر ہوں گے۔ اُن مریضوں
804 میں جو حاد طور پر نمو یافتہ زوال الذہنی انشقاق الذہن میں مبتلا ہوتے ہیں، دوسرے اقسام کے انشقاق الذہن والے مریضوں کی نسبت شرحِ شفایابی زیادہ پائی جاتی ہے۔ ماسبق حملے جن کے بعد فترہ واقع ہوا ہو، مزید فترہ کا امکان ظاہر کرتے ہیں، لیکن متفرق اصابتوں میں عام رجحان مترقی عدم کفایت کا ہوتا ہے۔

تجویز۔ چونکہ اس امر کی تائید میں بڑی مقدار میں شہادت موجود ہے کہ مزاج اور کردار کے ناقص صفات مرض کی استعداد ماسبق پیدا کر دینے میں ممد ہوتے ہیں، لہذا سب سے زیادہ ترین عقل اصول علاج یہی معلوم ہوتا ہے کہ ابتدائی زندگی میں ذہنی اصول صحت کے ذریعہ مرض کا حفظ ما تقدم کیا جائے۔ بچوں کیطرح والدین اور اساتذہ کو بھی واقف اور خبردار کر دینا ضروری ہے۔ مناسب ذریعہ معاش تجویز کرنے اور انتخاب پیشہ میں موجودہ "لگے تو تیر ورنہ تکا" قسم کے طریقہ کے بجائے جو بیشتر اختیار کیا جاتا ہے، عاقبت اندیشی سے کام لیا جائے تو سوء توافق کے موقعے کم ہونے کا امکان ہے۔

علاج نہایت غیر تشفی بخش حالت میں ہے۔ جب ایک قابل شناخت انشقاق الذہنی حالت قایم ہو چکی ہو تو مریض کے نرالے بلکہ خطرناک طرز عمل اور اپنی ذاتی جسمانی ضروریات سے عدم توجہی کے باعث عموماً اداراتی علاج کی ضرورت ہوتی ہے۔ شفاخانہ کے حمیتا سے جس میں صفائی، مقررہ اوقاتِ غذا، باقاعدگی کے ساتھ افراغات اور نیند پر زور دیا جاتا ہے، نہ صرف عام صحت میں ترقی ہوتی ہے بلکہ عادات کی خرابی بھی کسی حد تک درست ہو جاتی ہے۔ کسی موزوں مشغلہ (مثلاً گلیم سازی، پارچہ بافی، سبد گری، وغیرہ) میں مشغول رہنے سے پژمردہ بیرونی دلچسپیوں میں تحریک و تازگی حاصل ہونے اور احترام ذات پھر قایم ہونے میں مدد ملتی ہے۔ طبیب مریض سے جسقدر زیادہ ارتباط بڑھائے اور اُس کے افکار و پریشانیوں سے واقف ہو سکے، اُسیقدر زیادہ بہتری کی امید ہوگی۔ خودکشی کے اور قاتلانہ اضطراری اقدامات اور تجدیع خود (کسی حقیقی یا خیالی گناہ کے کفارے کے خیال سے خود کو آختہ کر دینا) کی کوششوں کی پیش بندی کرنی چاہیئے۔ بعض اوقات نلی کے ذریعہ سے غذا پہنچانے کی ضرورت ہوتی ہے، یا تو معدی اُنبوبہ کے ذریعہ، یا (نہایت سرکش مریضوں میں) انفی اُنبوبہ سے۔ کسی تنہا کمرے میں علیحدگی کی ضرورت صرف اُسی وقت ہونی چاہیئے جب کہ مریض دوسروں کے لئے حد سے زائد خلل کا باعث ہو۔ ہیجان و جوشش کی روک تھام کے لئے تغریدا اور ہنرمندانہ تیمارداری (ہیجان والے مرد مریضوں کے لئے مرد تیماردار) کی ضرورت ہوتی ہے

۔ اس کے ساتھ اگر ضرورت ہو تو مُسکّن اور منوّم ادویہ بھی دینے پڑتے ہیں اور شاذ صورتوں میں اس لئے کہ مریض خود کو تضرر نہ پہنچانے پائے میکانی روک تھام کی ضرورت ہوتی ہے۔ یاد رکھنا چاہیئے کہ ایسی تدبیریں قانوناً صرف لائسنس یافتہ مکانات اور مصدقہ ادارات میں عمل میں لائی جاسکتی ہیں، جنھیں قانون نے اس مقصد کے لئے تسلیم کر لیا ہو۔ جسمانی صحت میں مخصوص داعیات (دانت، ناک، زمین، اجواف یا دوسرے کوئی ماسکے جن کا سرایت زدہ ہونا معین طور پر معلوم ہو) پر توجہ دینا چاہیئے۔ عام جسمانی ناقابلیت جو ایسے مریضوں میں پائی گئی ہے ورزش، آبی علاج، اور کھلی ہوا کی طالب ہے۔ اگر گھر سے باہر سونے کا انتظام ہو سکے تو اور بھی بہتر ہے۔

ہر قسم کے تجربی طریقے آزمائے گئے ہیں، مثلاً عدیم العفونت التہاب سحایا (aseptic meningitis) کا امالہ محموی حالتوں کا امالہ (بذریعہ ملیریا، نیوکلینیٹ آف سوڈا = nucleinate of soda) اور طویل نیند کا امالہ (ٹرائونال trional: یا سومنی فین somnifen: وغیرہ سے)۔ پروٹینی صدمہ (protein shock) جُدرینات (vaccines)، دروں افرازی تجہیزات (endocrine preparations) کیلسیئم، اور خلاصہ جات خصیہ (testicular extracts)، یہ سب آزمائے گئے ہیں مگر کوئی کامیابی نہیں ظاہر ہوئی۔ بعض اصحاب درقیہ (thyroid) کا دوائی داخلی استعمال کرتے ہیں۔ دوسرے اُسے جراحی عملیہ کے ذریعہ خارج کر دیتے ہیں، لیکن ان دونوں حالتوں میں کوئی نوعی اثر نہیں ظاہر ہوتا۔

جُنّۃ اور جُنّۃ آسا حالتیں

(PARANOIA & PARANOID STATES)

جنۃ (paranoia)، جنۃ آسا حالتوں اور فتورِ عقل (paraphrenia) میں اصلی چیز اختباطات کی موجودگی ہے، جو ایک صاف شعوری میدان میں ہوں۔

اِن حالتوں کو پہلے "اختباطی جنون" ("delusional insanity") کے نام سے یاد کیا جاتا تھا۔ کریپلن نے جُنّہ کی حسب ذیل تعریف کی ہے:۔ یہ ایک مستقل اور راسخ اختباطی نظام کا غیر محسوس نمو ہے، جو داخلی اسباب سے پیدا ہو جاتا ہے، اور جس کے ساتھ صاف اور باترتیب تخیل، ارادہ اور عمل بالکل محفوظ رہتا ہے۔ توہمات مفقود ہوتے ہیں۔ صحتیابی نہیں ہوتی اور نہ عتاہت واقع ہوتی ہے۔ جُنّہ آسا حالتیں (paranoid states)، یعنے ایسی حالتیں جن کا ممیز خاصہ اختباطات ہوتے ہیں، بعض اوقات حاد طور پر شروع ہو جاتی ہیں، اکثر سریع الزوال ہوتی ہیں، اور اکثر کسی برون زاد عامل (سرایت، جنگ، قید، عملیہ) کی وجہ سے ان کی تعجیل ہوتی ہے۔ اِن میں اختباطات جنّہ کے انتہائی نظامی نمو کی حد تک نہیں پہنچتے، لیکن توہمات موجود ہو سکتے ہیں (توہمی جُنّہ آسا حالتیں: hallucinatory paranoid states)، اور اُن کا مافیہ اختباطات کے مافیہ سے ہم ساز ہوتا ہے۔

بحث مخصوص اسباب۔ یہ حالت اکثر ادھیڑ عمر میں ظاہر ہو جاتی ہے اور مردوں میں عورتوں کی نسبت زیادہ عام طور پر یعنے ۲ اور ۳ کے تناسب 805
میں ہوتی ہے۔ شفاخانہ جات امراض دماغی میں داخل شدہ مریضوں میں ۱۰۰ میں سے صرف ایک مریض خود جُنّہ کا ہوتا ہے، لیکن اِن اعداد سے جو کچھ ظاہر ہوتا ہے اُس کے مقابلہ میں یہ حالت زیادہ کثیر الوقوع ہوتی ہے، کیونکہ متعدد مریض ایسے ہوتے ہیں جو اس قدر کافی مجلسی توافق محفوظ رکھنے میں کامیاب رہتے ہیں کہ وہ شفاخانہ سے باہر رہ سکتے ہیں۔ گو جُنّہ آسا علامات بلکہ کامل نمو یافتہ جُنّہ بعض اوقات عضوی مرض کے تعلق میں ظاہر ہو جاتی ہے (اِس طرح پر کہ گویا اُس مضرت نے جو شخصیت کو بحیثیت مجموعی پہنچی ہے، زیر افتادہ رجحانات کو رہا کر دیا)، مگر خود جُنّہ، اِس اصطلاح کے مسلمہ مفہوم میں، اُن اشخاص میں پائی جاتی ہے جو عضوی طور پر ہر لحاظ سے تندرست ہوتے ہیں۔ یہ امر غیر یقینی ہے کہ توارث کیا حصہ لیتا ہے۔ کہتے ہیں کہ جنّی اشخاص کی آباء و اولاد میں جُنّہ آسا انشقاق الذہن (paranoid schizophrenia)

ے ظاہر ہو جانے کا امکان ہوتا ہے۔

اِس امر کی شہادت نسبتاً بہت زیادہ قوی ہے کہ خود مریض میں دار النفسی امات کے ظہور سے بہت پہلے مزاج اور کردار کے بعض خصوصیات موجود ہوتے یں۔ "جنونی بنیہ" ("paranoic constitution") کو ایسا بنیہ بیان کیا یا ہے، جس میں ہمیشہ ہر چیز کا مفہوم تعصب کے ساتھ سمجھنے اور بد گمان ہونے کا یجان ہوتا ہے۔ مخالف واقعات کو پہچاننے اور تسلیم کرنے سے اِنکار ہوتا ہے: یسے شخص کبھی غلطی پر نہیں ہوتے، نخوت پسند، شیخی باز، حاس ہوتے ہیں، ذرا راسی بات پر ناراض ہو جاتے ہیں، ترش رو، کبیدہ خاطر، چڑچڑے اور اکثر جاہ پسند ہوتے ہیں، اور اپنی قدر و قیمت اور قابلیتوں کے متعلق بہت اعلیٰ رائے رکھتے ہیں۔ بعض ضدی اور انتقام پسند ہوتے ہیں، اور دوسرے حد سے زائد حتاط اور حد سے زائد صاحبِ ضمیر اور محو خود۔ بعضوں کو خیال ہوتا ہے کہ وہ کسی اص مرتبہ کے لئے پیدا کئے گئے ہیں۔ دوسروں کو یہ خوش خیالی ہوتی ہے کہ ہم ہت عالی خاندان اور عالی نسب ہیں، یا ہم سے کسی ایسے کو محبت ہے جو مجلسی لحاظ سے زیادہ بلند مرتبہ رکھتا ہے۔ بعضوں میں، جو صنفی امور میں غیر مطمئن ہوتے ہیں، اپنے زوج سے ایک مرضی بدظنی پیدا ہو جاتی ہے۔ بعض خاص کر اپنی صحت کے متعلق ایک مرضی تشویش ظاہر کرتے ہیں (مراقی مشغول ذہنی (hypochondriacal preoccupation: نفسی تجزیتی نقطۂ نگاہ سے بنیہ اور ابعد دار النفس دونوں کا اصلی سبب ایک کظم شدہ ہم صنفیت ہوتی ہے۔ دار النفس میں کظم شدہ رجحانات بدلی ہوئی شکل میں ایذارسی کے نتباطا کی صورتیں تظلیل ہوتے ہیں (یعنے وہ ماحول کے اشخاص سے منسوب کئے جاتے ہیں اور خود وہ شخص اِن رجحانات کا منکر ہوتا ہے) (10)۔

ذہنی علامات۔ بالعموم کسی ایسی ہی شخصیت میں سے جنونی دار النفس غیر محسوس آہستگی کے ساتھ نمو یاب ہو جاتا ہے۔ اکثر ایک درجۂ منذرہ ہوتا ہے، جس میں مریض اور کسی چیز کی نہیں بلکہ عام کسلمندی کی، یا مخصوص و عجیب قسم کے احساسات کی شکایت کرتا ہے، جن کو وہ اب تک تو (کم از کم علانیہ طور پر)

کسی بیرونی عامل کی طرف منسوب نہیں کرتا۔

عموماً اس کے بعد حوالتی تصورات (ideas of reference) کا درجہ ہوتا ہے ۔ ۔ لوگ مریض کے طرف دیکھ رہے ہیں، یا اس کے متعلق گفتگو کر رہے ہیں ۔ ماحول کے چھوٹے چھوٹے افعال کے غلط معنے سمجھ لیئے جاتے ہیں ۔ لوگ جب اُس کے پاس سے گذرتے ہیں تو کھانستے ہیں، یا اپنے منھ کو ہاتھوں سے ڈھانپ لیتے ہیں، وغیرہ ۔ اِن چیزوں سے گذر کر اختباطات کی حد تک پہنچ جانا آسان ہوتا ہے ۔ یہ اختباطات اُن تمام چیزوں میں (جن کے متعلق مریض یقین رکھتا ہے کہ میں نے مشاہدہ کی ہیں) باہمی ربط پیدا کرتے اور اُن کی توجیہ کرتے ہیں ۔ یہ اختباطات ایک کم و بیش مربوط نظام میں مرتب ہوتے ہیں ۔ مریض کے خلاف فرامشن فرقہ کے لوگ، یا رومن کیتھولک فرقہ والے، یا اسکاٹ لینڈیارڈ کے اشخاص سازش کر رہے ہیں ۔ بتدریج یہ اختباطات ترقی کر کے مریض کے روزانہ تجربات کے بڑے حصے پر حاوی ہو جاتے ہیں، اور خواہ کتنی ہی تفہیم سے کام لیا جائے، مریض کے اُس راسخ یقین پر جو وہ اپنی تعبیرات کے متعلق رکھتا ہے ذرا بھی اثر نہیں پڑتا ۔ یہ اختباطات ایذارسی کے اور عظمت نفس کے (عظمت مانیائی: megalomanic) ہوتے ہیں، لیکن کبھی کبھی صرف ایذارسی کے اختباطات ہی موجود ہوتے ہیں ۔ یہ عملاً ہمیشہ عظمت نفس کے اختباطات کے نمو سے پہلے ہوا کرتے ہیں، اور اسیو اسطے آخرالذکر کو ایسا سمجھنا چاہیئے کہ گویا وہ ایذارسی کی تعویض کرنے والے اختباطات ہیں ۔ مریض ضرور کوئی بڑا یا اہم شخص ہے، ورنہ اُس کی ایذارسانی نہ کی جاتی ۔ اس انانیتی خود استحسان کے باعث شاہی نسل سے ہونے، مامور من اللہ ہونے، بڑی دولت و امارت رکھنے وغیرہ کے خیالات پیدا ہو جاتے ہیں ۔ مریض یقین رکھتا ہے کہ میں پیغمبر، یا شہزادہ یا کروڑوں روپیہ کا وارث ہوں، یا میں نے ایک ہمیشہ چلنے والی گاڑی (perpetuum mobile) ایجاد کی ہے ۔ متعدد دسنکی موجد اسی جماعت سے تعلق رکھتے ہیں ۔ مزاج کی کیفیت مختلف ہوتی ہے ۔ حافظہ اور قوائے عقلیہ عموماً صحیح و سالم رہتے ہیں ۔ جیسے جیسے زمانہ

گذرتا جاتا ہے کاذب یادداشتیں، مریض کی زندگی کے واقعات کی تغلیط کی شکل میں، زیادہ کثیر التعداد ہوتی جاتی ہیں، چنانچہ اس امر کا یقین ناممکن ہے کہ مریض کی بیان کردہ روداد مرض سے اُس کے دارالنفس کی ابتدار کا معقول طور پر صحیح حال معلوم ہوا ہے۔ عرصہ دراز کے گذرے ہوئے واقعات کی توجیہ وہ اپنے اختباطی اعتقادات کے لحاظ سے غلط کرتا ہے، اور بعض ایسے واقعات جو اُس وقت اُسے پیچیدہ اور ناقابل فہم نظر آتے تھے، اسے یکایک پُرمعنی معلوم ہونے لگتے ہیں۔ ممکن ہے کہ مریض کا طرز عمل بظاہر غیر متبدل ہو اور جبتک کہ وہ اپنے اختباطات کا تذکرہ نہیں کرتا مجلسی لحاظ سے طبعی سمجھا جاتا ہے۔ لیکن 806
اکثر ایسا اتفاق ہوتا ہے کہ پارلیمنٹ کے ممبروں اور دوسرے بڑے آدمیوں سے ملنے کی کوشش، اخبارات کے مدیروں کے نام خطوط، یا (نسبتہً بہت شاذ حالتوں میں) اُن اشخاص پر جن پر وہ ایذارسانی کا الزام لگاتا ہے حملوں کی وجہ سے اُس کا پردہ فاش ہوجاتا ہے۔ پیشہ یا جائے سکونت کی متواتر تبدیلیاں یا کسی دوسرے ملک کو ہجرت، یہ سب ایذارسی سے دور بھاگنے کی کوشش کے مختلف مظاہر ہیں۔ درحقیقت اس حالت کے تین درجے بیان کئے گئے تھے: فرار ("il fuit") حفظ ("il se defends")، حملہ ("il attaque")۔ لیکن یہ ترتیب کسی طرح غیر متغیر نہیں۔ بدظنی (بیوفائی زوج) کے اختباطات نسبتہً کم عام ہیں۔ مراقی اختباطات اکثر موجود ہوتے ہیں، لیکن اُن کا غلبہ نہیں ہوتا۔

ناتمام جنونیتیں ("abortive" paranoias) یا ناتمام اشکال ("formes frustes") بھی مرقوم ہیں۔ یہ بعض اوقات خفیف مانیائی انخفاضی حالتیں ہوتی ہیں جن میں جنونِ آسا رنگ آمیزی ہوتی ہے۔ دوسرے اوقات میں یہ جنونِ آسا شخصیت کی وہ عجیبیت ہوتی ہیں جو ناگہانی بار پڑنے پر واقع ہوتی ہے اور جب یہ بار غائب ہوجاتا ہے تو اختباطی علامات بھی رفع ہوجاتے ہیں۔

کوئی ممیز طبعی امارات نہیں ہوتے۔

عمر اور انذار۔ یہ حالت مزمن طور پر مترقی ہوتی ہے۔ کامل نمو یافتہ

اصابت میں صحتیابی عملاً نامعلوم ہے۔ خرابی کا رجحان اس معنی میں کم ہوتا ہے کہ اگرچہ ممکن ہے کہ اختباطات زیادہ ہو کر طرز عمل کو زیادہ متاثر کردیں، تاہم غیر متعلق موضوعوں کے متعلق عقلی اعمال صحیح و سالم رہتے ہیں اور مریض اپنی بیرونی وضع قطع کے متعلق احتیاط و خبرداری سے کام لیتا ہے۔

علاج ایک ایسا امر ہے جس میں دانشمندانہ ترتیب و انتظام کی ضرورت ہے۔ بحث و استدلال کے ذریعہ مریض کے عقاید کو غلط ثابت کرنے اور اُسے قائل کرنے کی کوشش لاحاصل ہے۔ ضرورت اس کی ہے کہ اُس کی بات کو غور سے سُن کر حتی الامکان اُس کا اعتماد حاصل کیا جائے۔ اسکے بعد ہی کوئی ایسا عملی مشورہ دینا ممکن ہوتا ہے جو مریض کو سوسائٹی کے ساتھ صریح تصادم سے باز رکھنے کے لئے کارآمد ہو، مگر یہ مشورہ اس ترکیب سے دینا چاہیئے کہ مریض یہ محسوس نہ کرنے پائے کہ اُس کے خیالات اور تصورات پر بالکل اعتماد نہیں کیا جارہا ہے۔ کسی دلچسپ قسم کے مشغلہ کا انتظام نہایت ضروری ہے۔ اس مقصد کے لئے مناسب ہے کہ مریض کو خود اُسی کے ماحول میں رکھا جائے، تاوقتیکہ کوئی ایسا قابل اعتبار شفاخانہ یا تیمارستان موجود نہ ہو جہاں مریض کے لئے درحقیقت کافی دلچسپی کے سامانوں اور مشاغل کا انتظام ہو۔ چند اصابتیں ایسی ہیں جن میں وحشیانہ قسم کے غیر معاشرتی رجحانات کے باعث مریض کو کسی شفاخانۂ امراض دماغی میں منتقل کردینا لازمی ہوتا ہے۔ ایسی حالت میں اُسکے دیوانہ ہونے کی تصدیق ضروری ہوتی ہے، کیونکہ مریض بوجہ عدمِ بصیرت تحفظ کی ضرورت کو صحیح طور پر نہیں سمجھ سکتا۔

فتورِ عقل

(paraphrenia)

یہ ایک طرف تو جنۃ آسا انشقاق الذہن (paranoid schizophrenia) سے اور دوسری طرف جنۃ (paranoia) سے ممیز کیا گیا ہے۔ بالعموم یہ جنۃ آسا انشقاق الذہن کی نسبت زیادہ عمر میں (تقریباً تیس سال کی عمر کے بعد)

...قع ہوتا ہے، اور اس میں وجدان کی خرابی، اور وجدان اور خیال کے درمیان تناقض،
...تخیل میں بے ربطی یہ سب نسبتہً بہت کم نمایاں ہوتے ہیں۔ اختباطات انشقاق الذہن
...ی نسبت باہم زیادہ باربط ہوتے ہیں، لیکن اس کے برعکس وہ جُنتہ کی نسبت زیادہ عجوبہ
...تے ہیں اور نسبتہً کم احتیاط کے ساتھ باہم مربوط ہوتے ہیں۔ فاترالعقل توہمات
...ں مبتلا ہوتا ہے اور جُنتی اکو کتب متداولہ کی رو سے ایسا نہیں ہونا چاہیئے۔ لیکن
...اولست میں دیکھا جاتا ہے کہ یہ تمام امتیازات بیکار ہو جاتے ہیں۔ اس مرض کا
...ر جُنتہ آسا انشقاق الذہن کی نسبت زیادہ آہستہ طور پر مخرب ہوتا ہے۔

عضوی تعامل والی قسمیں

ان میں مندرجۂ ذیل شامل ہیں:—

(الف) وہ ادواء النفس جو سموم یا سرایتوں کے ساتھ ہوں۔ سموم:—
۱) دروں زاد، مثلاً یوریا دمویت (uraemia)، الشناج (eclampsia)،
...وزرد ذبول (acute yellow atrophy)۔ (۲) بروں زاد، مثلاً الکحل، افیون
...ور اس کے مشتقات، کوکین، برومائیڈز وغیرہ، فلزات (سیسہ وغیرہ)، گیسیں
...کاربن مان آکسائڈ = carbon monoxide، کلوروفارم وغیرہ)۔ سرایتیں:—
۱) عمومی، پیش حموی، حموی، اور بعد حموی ہذیانات جو جسمانی سرایتوں کے باعث پیدا
...جائیں۔ (۲) مقامی دماغی سرایتیں:— آتشک: (الف) عمومی شلل، (ب)
...حائی اور عروقی آتشک۔ التہاب دماغ، مع وبائی التہاب دماغ۔ التہاب سحایا۔
...ہوتا ہے۔

(ب) وہ ادواء النفس جن میں ابتدائی انحطاطی تغیرات دماغ ہوں۔
شیخوخی عتاہت (senile dementia)، پیش شیخوخی دماغی انحطاط
(pre-senile cerebral degeneration)، مرض الزہیمر (Alzheimer's
disease)، شیبی دیوانگی (presbyophrenia)، شریان صلابتی دماغی مرض،
...فرن ہنٹنگٹن (Huntington's chorea)۔

807

(ج) وہ ادواء النفس جن میں عام تحوّلی قلت ہو : پیلا گرا (pellagra)، اُذیمائے مخاطیہ (myxœdema)، قماءت (cretinism)۔

(د) وہ ادواء النفس جو دماغ میں ضربہ کے ساتھ لاحق ہوں ، ضربی ہذیان (traumatic delerium)، بنیہ، ذہنی ضعف، طرز عمل کے فتور۔

(ہ) وہ ادواء النفس جو دوسرے دماغی امراض کے ساتھ ہوں :— دماغی سلعہ، صلابت متعددہ، علقیت، سداویت، وغیرہ۔

(و) وہ ادواء النفس جو مزمن عمومی امراض کے ساتھ ہوں :— قلبی کلوی مرض، متلف عدم دمویت (pernicious anæmia)، وغیرہ۔

باستثنائے ساری خستگی آور حالتوں، شیبی دیوانگی اور مرض الزہیمر کے یہ سب گذشتہ ابواب میں بیان کئے گئے ہیں۔

علامات ۔ عضوی تعامل والی قسم کے اصلی علامات عموماً وہی ہوتے ہیں جو دماغ کے سمّی مرض یا مرضِ ساخت سے منسوب کئے جا سکتے ہیں۔ وہ خاص کر مجمع الاحساسی اور عقلی وظائف کے نقائص ہوتے ہیں اور مندرجۂ ذیل پر مشتمل ہوتے ہیں :— حافظہ، توجہ، ادراک، فہم، اور یاد رکھنے کی قوت میں خلل یا نقص۔ تازہ واقعات جلد فراموش ہو جاتے ہیں۔ پرانی یاد داشتوں کو تازہ کرنے میں مشکل ہوتی ہے۔ توجہ کے لیول میں اُتار چڑھاؤ (کمی بیشی) اور غالباً توجہ کی سعت (span) میں کمی، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ مریض علٰحدہ علٰحدہ واقعات کو اپنے ذہن میں ہمزماں طور پر یکجا نہیں کر سکتا۔ دقتِ فہم ہوتی ہے، اور جدید واقعات پرانے واقعات کے ساتھ یا ایک دوسرے کے ساتھ بآسانی متمثل نہیں کئے جا سکتے، اور ان سب کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ معاشرتی صلاحیت کا فقدان ہوتا ہے۔

دوئم، اکثر جذباتی عدم استحکام کی شکل میں وجدان کا فتور ہوتا ہے، اور مریض کافی سبب کے بغیر رونے یا ہنسنے لگتا ہے یا چڑچڑا ہوتا ہے اور بھڑک اٹھتا ہے۔ ممکن ہے کہ پستی یا تشویش بھی ہو، مگر یہ دماغی مرض کا راست نتیجہ نہیں ہوتی بلکہ اس امر کا ہوتی ہے کہ مریض یہ سمجھ جاتا ہے کہ میں بیمار ہوں۔ نسبتاً شاذ تر معاملوں میں، عمومی شللِ مجانین (ع۔ ش۔ م G. P. I.) اور صلابت منتشرہ

(disseminated sclerosis) کی طرح، احساسِ عافیت (euphoria) ہوتا ہے۔ یہ ایک خلافِ قاعدہ نتیجہ ہے جو شاید مخصوص سموم سے تعلق رکھتا ہے۔

سویم، ممکن ہے کہ طرزِ عمل کے ایسے فتور نمودار ہو جائیں جو ماسبق شخصیت سے ہم آہنگ نہ ہوں۔ یہ بلاشبہ جزاً اعلیٰ تر اقتدار سے رہائی حاصل ہو جانے (قشری امتناع کے فشل) کا نتیجہ ہوتے ہیں۔ اس طرح ناشائستہ برہنگی، صنفی بداطواریوں، چھوٹی چھوٹی لاحاصل چوریوں، احمقانہ اسراف، وحشیانہ حملوں وغیرہ کا ظہور بصورتِ حادثہ ممکن ہے۔

تمثیلی حاد عضوی تعامل ایک ہذیان ہے۔ اس میں توجہ انتہائی سرعت کے ساتھ کم و بیش ہوتی رہتی ہے۔ ادراک میں اس قدر خرابی ہو جاتی ہے کہ ماحول ناشناسی عموماً کامل ہوتی ہے۔ التباسات نمودار ہو جاتے ہیں۔ اور توہمات عام ہوتے ہیں۔ جب جذباتی اختلال ہوتا ہے تو وہ عموماً خوف ہوتا ہے، لیکن ہمیشہ نہیں۔

ساری خستگی آور ادواء النفس

(infective exhaustive psychoses)

(مع عصبی نہاکت : neurasthenia کے)

ساری خستگی آور ادواء النفس مختلف الانواع علاماتی تصاویر پر مشتمل ہوتے ہیں، جو حاد سرایتوں، کسی بروں زاد یا دروں زاد سم سے سمومیت، نزف اور کسی قسم کے شدید جسمانی بار و محنت کے ساتھ یا ان کے بعد پیدا ہو جاتی ہیں۔ ساری خستگی آور ادواء النفس، جن کو صحیح طور پر یہ نام دیا جا سکتا ہے، عضوی تعاملی اقسام سے تعلق رکھتے ہیں۔ لیکن ممکن ہے کہ استعداد و سابقہ رکھنے والے افراد میں اور بعض اوقات ان افراد میں بھی جن میں کوئی ماسبق استعداد نہیں پائی جاتی، مماثل اسباب سے مانیائی انخفاضی (manic-depressive) یا انشقاق الذہنی (Schizophrenic) یا جنۃ آسا (paranoid) قسم کا ذہنی فتور رہا ہو جائے یا تازہ ہو جائے۔ لیکن ان مثالوں میں عضوی علامات (مثلاً ماحول ناشناسی جو مانیائی جوش و ہیجان کی

شدت کے مقابلہ میں بہت زیادہ ہو) اس طرح مخلوط ہوتے ہیں کہ جن سے مشاہد کو اِس حالت کے ساری یا عصبی المبدا، ہونے کا احتمال ہوگا۔

سرایت یا دوسرے بار کی قسم میں اور پیدا شدہ داءالنفس کی قسم میں کوئی نوعی تناظر نہیں ہوتا۔ داءالنفس کی کوئی بھی قسم سرایت کی کسی بھی قسم کے ساتھ واقع ہو سکتی ہے، اور نتیجہ کا انحصار زیادہ تر اُس فرد کے نفسی بنیہ پر ہوتا ہے جس پر حملہ ہوا ہے۔ جب سرایت سبب مرض ہوتی ہے تو ذہنی علامات پیش حموی، حموی یا بعد حموی درجہ میں پیدا ہو سکتے ہیں، اور اِن میں سے مختلف درجوں میں کے علامات کے درمیان کوئی قطعی امتیاز نہیں ہوتا۔ عام ترین تعامل ہذیان ہے، لیکن وہمیت (hallucinosis) (ماحول ناشناسی کے بغیر)، زوالِ ذہنی کی حالت (catatonic state) (وہمیت کے ساتھ یا وہمیت کے بغیر)، اور ذہول بھی واقع ہو سکتے ہیں، اور کسی بھی درجہ میں۔
808 بعد حموی درجہ میں عقلی ضعف، نسیان (جو بعض اوقات کورساکوئی (Korsakow = قسم کا ہوتا ہے)، بے حسی اور انخفاض واقع ہوتے ہیں۔ یہ حالتیں "عصبی نہاکت" کے اقسام میں سے ایک قسم ہیں، (اُن معنوں میں جن میں کہ یہ وسیع لفظ استعمال کیا گیا ہے)۔ اِس اصطلاح کا اطلاق بالخصوص اس وقت کیا جاتا ہے جب کہ انخفاض یا بے حسی کے علاوہ ذہنی اور جسمانی تکاسل (fatiguability)، دردِ سر، غیر معین درد، اور نقصانِ وزن کے ساتھ عدمِ اشتہا موجود ہوں۔ انفلوئنزا کے بعد بالخصوص اِس قسم کے انخفاض کے وقوع کا رجحان ہوتا ہے، جس میں خودکشی کی کوشش غیر عام نہیں ہوتی اور نقیہیت نہایت سست ہوتی ہے۔

حموی لذمانہ کے ممیز ہذیان سے پہلے بے چینی اور بیخوابی ہوتی ہے، ساتھ ہی ڈراؤنے خواب آتے ہیں اور سُن پن کے احساسات کے ساتھ سر میں ارتباک ہوتا ہے۔ اِس کے بعد اصلی ہذیان کے علامات واقع ہوتے ہیں، یعنے ماحول ناشناسی فشلِ توجہ و فہم، سلسلۂ خیال کو قایم رکھنے کی ناقابلیت، اور توہمات، جن کے ساتھ اکثر (نہ کہ ہمیشہ) شدید وحشت طاری ہوتی ہے، جس سے ممکن ہے کہ اپنی حفاظت کیلئے حملہ کرنے کی یا بھاگ نکلنے کے لئے قاتلانہ اقدام کی تحریک ہو۔ بعض اوقات وحشیانہ نفسی حرکی جوشش و ہیجان، اور شدید اصابتوں میں توما پیدا ہو جاتا ہے۔ بعد حموی

درجہ میں ایک ہبوطی ہذیان (collapse delirium) بیان کیا گیا ہے جس کیساتھ انتہائی انبطاح نیز توہماتی منظاہر اور بے چینی ہوتے ہیں۔

طبیعی امارات اشعال کنندہ جسمانی حالت کے ہوتے ہیں۔ ممکن ہے کہ خون کے امتحان سے ترشہ دمویت ظاہر ہو، اور بعض اوقات نائٹروجن کا احتباس موجود ہوتا ہے۔

علاج میں مطمح نظر یہ ہونا چاہیئے کہ بنیادی جسمانی حالت دریافت ہو جائے اور کوئی سرایت، عمومی یا ماسکی، جو معلوم ہو جائے اس کا تدارک ہو۔ علاماتی علاج حسب ذیل ہے:۔ بستر میں سکون و آرام اور پسندیدہ یہ ہے کہ یہ کھلی ہوا میں ہو۔ آبی علاج۔ کافی غذا رسانی (اگر غذا سے لگاتار انکار ہو تو معدی اُنبوبہ یا انفی انبوبہ کے ذریعہ سے) دودھ، اناج، شکر اور پھلوں کے عرق کی شکل میں آنتوں سے اخراج فضلہ (جس کے لئے کیلومل کے بعد نسبتہً ہلکی دوائیں دی جائیں)۔ قلویات خوب مرقق کرکے دہن یا آنت کے راستے سے۔ اور جہاں تسمم الدم بہت زیادہ ہو فعلیاتی ملح محلول آنت کے راستہ سے (تقاطر مرفی: murphy drip) بلکہ دروں وریدی راہ سے۔

مرکزی عصبی التہاب (central neuritis)(Meyer)۔ اس سے دماغی عصبیوں میں ایک حاد التہابی تغیہ مراد ہے، جو مختلف حالتوں (بالخصوص پیلاگرا: pellagra) کے آخری درجوں میں واقع ہوتا ہے۔ سریری طور پر اس میں تشنجی شلل اور ساتھ ہی تقبضات ہوتے ہیں نیز ارتباک کے ساتھ اکثر توہمات، التباسات اور پرشور بے چینی۔ یہ ارتباک بتدریج تواما میں بدل جاتا ہے اور اس کا ناگزیر خاتمہ ہلاکت ہے۔

شیبی دیوانگی

(presbyophrenia)

یہ ایک قشری انحطاط کی حالت ہے جو اوسط عمر میں اور پیش شیخوخی زمانہ میں بالخصوص عورتوں میں واقع ہو جایا کرتی ہے۔ سریری لحاظ سے اسکے ممیز خصائص حسب ذیل ہیں:۔ بتدریج حافظہ کا کامل فشل واقع ہو جاتا ہے، چنانچہ تازہ واقعات کی

یاد داشت باقی نہیں رہتی، اور اسیواسطے امتداد زمانہ سے نسبتہً زیادہ بعید واقعات کا حافظہ بھی جاتا رہتا ہے۔ فقدان فہم واقع ہوجاتا ہے، جس کا نتیجہ یہ ہوتا ہے کہ نا شناسی بتدریج بڑھتی جاتی ہے۔ بصیرت کا فقدان ہوتا ہے۔ طبیعت احمقانہ طور خوش وخرم ہوتی ہے، ہنسی آسانی کے ساتھ آجاتی ہے اور گاہے گاہے چڑچڑا پن ہوتا ہے۔ حافظہ کا خلا عموماً ایجاد (تدلیس یا سخن سازی = confabulation) کے ذریعہ پُر کیا جاتا ہے، اور یہ بھی بلا بصیرت کیا جاتا ہے۔ عام طرز عمل میں خرابی پیدا ہوجاتی ہے۔ اب مریضہ اپنے لباس وغیرہ کے متعلق معمولی احتیاط بھی نہیں برتتی، اور اگرچہ بعض مثالوں میں وہ ایک جوان عورت ہوتی ہے لیکن گھر بار کی سادہ سے سادہ ذمہ داری کا بار اُٹھانے کے قابل نہیں رہتی۔ فضول گوئی بہت کرتی ہے اور ایسی بک بک کرتی رہتی ہے جو سمجھ میں نہیں آتی، اور جس سوال کی تحریک سے بولنا شروع کیا تھا اُسے بالکل بھول جاتی ہے۔ اِس قسم کی اصابتیں اکثر ماسکی امارات کے ساتھ اختتام کو پہنچتی ہیں، یعنے اُن کی سریری تصویر اَلزہیمر کے مرض سے ناقابل تمیز ہوتی ہے۔

مرضِ اَلزہیمر

(Alzheimer's disease)

اس کا انحصار قشرۂ دماغ کے ایک انحطاطی تغیر پر ہوتا ہے جو عموماً پیش شیخوخی زمانہ میں شروع ہوجاتا ہے، یعنے عمر کے چوتھے عشرے میں (اور بعض اوقات اس قدر جلد کہ تیسویں سال سے)۔ اس حالت میں شیخوخی قسم کا منتشر قشری فقدان موجود ہوتا ہے۔ خردبین سے فانہ نما قشری ماسکے نظر آتے ہیں، جن میں خلیات کا فقدان ہوتا ہے، اور اِس کی وجہ یہ ہے کہ نسبتہً چھوٹے عروق دمویہ، جو سحایا سے قشرہ کے اندر آتے ہیں، مسدود ہوجاتے ہیں۔ اِن عروق کی مسدودی کا یہ نتیجہ ہوتا ہے کہ متعدد چھوٹی چھوٹی نزفی لینتیں یا ذبولی رقبے پیدا ہوجاتے ہیں۔ بڑے ماسکی اضرار جیسے کہ شریانی صلابت میں پیدا ہوجاتے ہیں، نہیں ہوتے۔ ضایع شدہ عصبی خلیوں کی جگہ ریشکوں کے مُدَوّرے اور اُلجھے ہوئے تودے لے لیتے ہیں (جو انحطاط 809

عصبی خلیوں کے درون خلوی ریشک سمجھے جاتے ہیں)۔

سریری طور پر مریض تازہ اور بعید واقعات کے حافظہ کا فقدان اور ساتھ ہی فہم میں کمی اور بصیرت کا فقدان ظاہر کرتا ہے۔ ماسکی اختلالات [جیسے کہ حبسہ (aphasia)] کا ظہور جلد ہو جاتا ہے۔ درحقیقت الزہیمر کے مرض کی سریری تصویر شیبی دیوانگی کی سی ہوتی ہے جس میں ماسکی اَمامات مستزاد ہوتے ہیں۔ کچھ عرصہ بعد مریض بے چین اور ذکی ہو جاتا ہے، اور گاتا اور ہنستا رہتا ہے۔ حبسہ گہرے درجہ کا ہو جاتا ہے اور گفتگو ایک لا یعنی بکواس بنجاتی ہے۔ چلنا پھرنا ناممکن ہو جاتا ہے۔ دوسرے ماسکی امارات (شلل جوارح) نمودار ہو جاتے ہیں۔ کبھی کبھی صرعی حملے ہو جاتے ہیں اور ممکن ہے کہ صدقی تعاملات کا فقدان ہو۔ مرض مترقی ہوتا ہے، لیکن آہستگی کے ساتھ، اور موت واقع ہو جاتی ہے۔

پک (Pick) کا مرض، سریری طور پر الزہیمر (Alzheimer) کے مرض سے تمیز نہیں کیا جا سکتا لیکن وہ زیادہ معین خاندانی حدوث سے، ذبول دماغ بعض فصوص (جبہی اور صدغی) میں زیادہ واقع ہونے سے اور سفید مادہ کے نسبۃً زیادہ نقصان سے ممیز ہے۔

نفسی مرضی تعامل والی اقسام

(PSYCHOPATHIC REACTION TYPES)

متعدد ذہنی امراض کی ماسبق استعداد میں مزاجی عدم استحکام (جسے بعض اوقات "بنیانی نفسی مرضی دنائت" = "constitutional psychopathic inferiority" کہتے ہیں) ایک جزو مشترک ہے، لیکن بعض اشخاص میں یہ بذاتہٖ ایسے درجہ تک پہنچ جاتا ہے کہ قطع نظر کسی اتفاقی پیچیدگی کے طور پر واقع ہونے والے ذہنی مرض کے جس کا یہ اپنے موضوع میں میلان پیدا کر دیتا ہے، ممکن ہے کہ یہ سوءِ توافق اور عام ناقابلیت پیدا کرنے میں ایک مخدوشں عامل ہو۔ جب یہ کسیقدر عقلی نقص کے ساتھ موجود ہوتا ہے تو یہ زندگی میں ناکامی، الکحلیت، دوائی لت (drug addiction)

یا حقیقی غیر معاشرتی طرزِ عمل (اقدام خودکشی، خطا کاری اور جرم) پیدا کردینے کا اور
زیادہ رجحان رکھتا ہے۔ اِس درجہ کے مزاجی عدم استحکام کے مریض، جس طر
اِس کی وجہ سے نہایت زیادہ آسانی کے ساتھ منغفض ہوتے ہیں، اور آسانی کے سا
فرحاں ہوتے ہیں یا (حوالتی تصورات سے) شکّی ہوجاتے ہیں، یا مخالف یا سرکش
ہوتے ہیں، اسی طرح اُس وقت جب کہ اُنھیں زندگی میں کسی مشکل کا سامنا ہو
اُن میں معین ذہنی مرض کے نموکا رجحان اپنے طبعی ہمسایوں کے نسبت زیادہ ہوتا
لیکن جس طرح کہ اُن میں ایسے نفسی عصبانی یا دارالنفسی حادثات طبعی اشخاص کے نسب
زیادہ آسانی کے ساتھ برپا ہوجاتے ہیں، ٹھیک اُسیطرح یہ حادثی ظواہر زیادہ آسا
کے ساتھ فرو بھی ہوجاتے ہیں۔ چونکہ ایسے اشخاص اپنا پیشہ اکثر تبدیل کرتے رہتے ہ
اور کسی معیّن لائحہ عمل سے معرا ہوتے ہیں، لہٰذا اِن امور کی وجہ سے اِن کا ر
سطحی معائنہ سے بھی فاش ہوجاتا ہے۔ اِن میں سے بعض بڑے بڑے مقاصد رک
ہیں، لیکن ان سب میں ثابت قدمی کا فقدان ہوتا ہے۔

اِن میں سے متعدد کی حالت میں بہت کچھ اصلاح ہوسکتی ہے، بشرطیکہ
علاج کافی جلد کیا جائے۔ اس امر کی شہادت موجود ہے کہ کم از کم اِن میں سے
بعض میں عدم استحکام خلقی نہیں ہوتا بلکہ ماحول کے ابتدائی اثر اور بالخصوص خاند
اثر سے اکتسابی طور پر پیدا ہوجاتا ہے۔ مشدد نفسیاتی علاج کے علاوہ، اس کا علا
عملی انتظام اور حتی الامکان حفظ ماتقدم کے ذریعہ کیا جاتا ہے۔ مریض کی عقلی یا
سے کام کرنے کی قابلیتوں کے امتحان کے بعد اُس کے لئے موزوں ترین پیش
یا شغل کا انتخاب خاص طور پر اہم ہے۔ ظاہر ہے کہ ہر شخص کو اُس کام پر لگانا
زیادہ آسان معلوم ہوتا ہے جس کے لئے وہ قدرتی طور پر موزوں ہے۔ یہ اور ا
ساتھ کافی معاشرتی اور دیگر انتظام اور کسی ایسے شخص کی کم و بیش نگرانی جس پر مریض
اعتماد رکھتا ہو، عدم استحکام کے خطرناک نتائج کے لئے بہترین حفظ ماتقدم ہے
جب مزاجی عدم استحکام مریض کو قانون کی زد میں لے آئے تو اس نگرانی کے ز
کا پورا فائدہ اُٹھانا چاہیے، اور ساتھ ہی یہ تحقیق کرنا چاہیے کہ اُس خطا کاری
ارتکاب کن حالات و ماحول میں اور کس نیت سے کیا گیا، اور پھر مریض کو کب

موزوں ماحول میں رکھنے کی کوشش کرنی چاہیئے۔

مزاجی عدم استحکام بچوں اور ریعانی عمر والوں میں خاص مسائل پیدا کر دیتا ہے، جو ساتھ ہی ما بعد عمر کے نسبت زیادہ امید افزا ہوتے ہیں۔ شفا خانہ جانے کے قابل ایسے مریضوں کی صورت میں طبیب کو مندرجہ ذیل سے پورا پورا فائدہ اٹھانا چاہیئے:۔ شفا خانۂ عام کے بیرونی مریضوں کی (امراض النفسی اور امراض العصبیانی) سرپرستی گاہوں سے (جو ایسے مریضوں کے معالجہ کے لئے ساز و سامان مہیا رکھتی ہیں)، نیز رہنمائی اطفال کی سرپرستی گاہوں، افسران مدرسہ، معاشرتی کارکنوں اور موزوں خیراتی انجمنوں سے، اور اسیطرح خطاکاری کی مثالوں میں عہدہ داران نگران کا (probation officers) کی خدمات سے جن میں سے بعض آجکل اس شعبہ کے کام
810 کے لئے خاص طور پر تربیت یافتہ ہوتے ہیں علاج کا ایک اہم حصہ یہ ہے کہ والدین کو ہدایت کی جائے۔ ان کو یہ بتانے کے بعد کہ حد سے زائد منت و سماجت وغیرہ کے غلط طرز عمل کا اثر بچوں پر کیا ہوتا ہے ایسے طرز عمل کی اصلاح کردینی چاہیئے۔

جنونِ ثنوی ("Folie a deux") (دوکا جنون) یا جنون منتقل (communicated insanity)۔ اس اصطلاح کا اطلاق اُسوقت کیا جاتا ہے جبکہ دو شخص جو ایک دوسرے کے ساتھ قریبی طور پر رفاقت رکھتے ہوں، ہم زماں طور پر کسی ایسے دارالنفس میں مبتلا ہو جائیں جس میں یہ معلوم ہو کہ ان دونوں شخصوں میں سے ایک نے دوسرے شخص کو اس کے اختباطی تصورات میں متاثر کر دیا ہے۔ تاہم اس حالت کا صرف دو شخصوں تک محدود ہونا لازمی نہیں، اور اس میں تین بلکہ زائد اشخاص بھی مبتلا ہو سکتے ہیں (جنون ثلاثی وغیرہ "folie a trois," etc:)۔ یہ مرض عزلت گزینی کی زندگی بسر کرنے والے اور بوڑھے اشخاص میں سب سے زیادہ عام ہے۔ اس حالت کے عام موضوع شوہر اور بیوی، بھائی اور بہن، والد یا والدہ اور بچے، یا ہم صنف دوست ہوتے ہیں جو اکثر قریبی طور پر ساتھ رہتے ہیں۔ یہ حالت عموماً جنتہ آسا ہوتی ہے، یعنی اس میں ایذا رسی کے اختباطات ہوتے ہیں، جو بعض اوقات عظمت نفس (شاہی خاندان سے پیدائش وغیرہ) کے اختباطات کے ساتھ مخلوط ہوتے ہیں۔ کبھی کبھی ایک اجتماعی وہمیت موجود ہوتی ہے (مثلاً

حشرات سے جو کہ دیکھے جاتے ہیں سرایت واقع ہونے کی)۔ ان مریضوں کی ج
میں سے کوئی ایک پیدائیشی مرض میں غالب حصہ لیتا ہے اور بلا ارادہ یا غیر محسو
طور پر دوسرے مریض کی ایعاذ پذیری سے موقع پاتا ہے' جو محبت' لاعلمی یا ہسٹ
کے سبب سے حد سے زائد ایعاذ پذیر ہوتا ہے۔

قلت ذہن یا کم ذہنی

(MENTAL DEFICIENCY)

(amentia = بے ذہنی)

نقص ذہن یا "بے ذہنی" (جیسا کہ اُسے اکثر اس ملک میں خطاب کرتے ہیں)۔
وہ ناقص عقلی موہبت مراد ہے' جو یا تو جرثوم مایہ میں موجود ہو (اوّلی بےذہنی imary
amentia =) یا استقرار حمل کے بعد کسی زمانہ میں بین رو مرض کی وجہ سے اکتسابی طو
پیدا ہو جائے (ثانوی بےذہنی = secondary amentia)۔

نقص ذہن کے اسباب بالخصوص حسب ذیل ہیں :۔ (۱) توارث
ایک قسم نقص وہ ہے جو غالباً مغلوب مینڈلی (Mendelian recessive) کی حیثیت
سے توارث پذیر ہوتی ہے۔ (۲) نامعنی انحطاط (blastophoria)۔ والدین
الکحلیت' آتشک' تمدرن یا کسی سبب سے کمزوری' جو جرثوم مایہ کی حیویت کو تلف
کر دے۔ (۳) ولادتی تضرر (birth-injury)۔ (۴) اوائل عمر کا مرض' بالخصو
دماغ کی سمی اور التہابی حالتیں (التہاب سحایا' التہاب دماغ وغیرہ)۔

جسمانی اختلافات عام ہیں' بالخصوص اولی قسم میں' اور یہ نام نہاد
"میاسم انحطاطیت" ("stigmata of degeneracy") کے خطاب
یاد کئے جاتے ہیں۔ یہ میاسم تشریحی تشوہات پر مشتمل ہوتے ہیں جو حسب ذیل ہو
ہیں :۔ کھوپڑی کے تشوہات' مثلاً کوچک سری (microcephaly)' کلا
سری (macrocephaly)' استسقاء الراس (hydrocephalus)' مخروطی کھ
(steeple-skull)' وغیرہ۔ تالو اور دانتوں کے تشوہات۔ اور آنکھوں اور کا

تشنجات۔ علاوہ ازیں یہ میاسم فعلیاتی اختلالات پر بھی مشتمل ہو سکتے ہیں (جن کا انحصار عموماً تشریحی اضرار پر ہوتا ہے)، مثلاً شلل، رعشہ، لکنت، بیڈھنگی گفتگو، زفن صورت حرکات، حول یعنے بھینگاپن، رقص مقلہ اور صرعی حملے۔

عام طور پر ناقص الذہن مریضوں کی جماعت بندی اُن کے نقص کے درجہ کے لحاظ سے کی جاتی ہے۔ ۱۹۱۳ء کے قانونِ نقصِ ذہن میں اُن کی تقسیم حسب ذیل کی گئی ہے:۔ ابلہے (idiot)، سخیف (imbecile)، ضعیف العقل (feeble-minded) اور اخلاقی سخیف (14)-

جو معیارات سریری اور قانونی طور پر استعمال کئے گئے ہیں (جیسے کہ مندرجہ ذیل تعریفات میں) وہ خاص کر طرز عمل اور قابلیت کے معیارات تھے مثلاً یہ کہ آیا مریض مدرسہ میں سبق یاد کر سکتا تھا اور آیا از اں بعد وہ کسب معاش کر سکتا تھا اور کس حد تک کر سکتا تھا۔ مگر ۱۹۰۵ء میں بنا اور سائمن (Binet & Simon)، پیرس کے دو ماہرین نفسیات نے "عقل و ذہانت کے کاشفات" ایجاد کئے، جو مختلف ترمیمات کے ساتھ اور زیادہ صحیح تشخیص اور جماعت بندی میں آسانی پیدا کرنے کے لئے اُس وقت سے اب تک بکثرت مستعمل ہیں۔ کاشفات کے شمار کے لحاظ سے جن میں مریض کامیاب ثابت ہو، اِن کاشفات کے ذریعہ سے اُس کی ایک "ذہنی عمر" ("mental age") متعین کی جا سکتی ہے۔ بالغ ناقص العقل اشخاص، جن کی ذہنی عمر ایک دو سالہ طبعی بچے کے نسبت کم ہو، ابلہ ہیں۔ جن کی ذہنی عمر تین اور سات سال کے درمیان ہو وہ سخیف ہیں۔ اور وہ جن کی ذہنی عمر سات سال سے اوپر لیکن تقریباً دس سال سے زائد نہ ہو وہ ضعیف العقل (feeble-minded) ہیں۔ ضعفِ عقل کے لئے بالائی حد عمر کا انحصار زیادہ تر ساتھ کے مزاجی حالات پر ہوتا ہے۔ ذہنی نمو کا ایسا درجہ جس کے ذریعہ اُس کا مالک کسب معاش کر سکتا اور معمولی حالات میں قوم یا سوسائٹی میں اپنی حیثیت برقرار رکھ سکتا ہو، ممکن ہے کہ ساتھ کے مزاجی عدم استحکام کے باعث اِن مقاصد کے لئے غیر کتفی ثابت ہو، یعنی یہ ساتھ کا مزاجی عدم استحکام نقص عقل کے ساتھ مل کر مریض کو قانونی اور معاشرتی طور پر ضعیف العقل افراد کے زمرہ میں شمار کئے جانے کے قابل بنا دیتا ہے۔ لہٰذا

جملہ مدارج کے ناقص العقل اشخاص کی مزید تقسیم "مستحکم" اور غیر مستحکم میں ہوتی
ہے ۔اوسط طبعی بالغ شخص کی ذہنی عمر اب مندرجہ بالا پیمانہ کے مطابق چودہ سال
کرلی گئی ہے ۔چنانچہ اس غرض سے کہ مختلف عمروں میں مقابلہ ممکن ہو، ذہنی
عمر زمانی کے تفاعل کے طور پر ظاہر کرنا ضروری ہے، اور مندرجۂ ذیل ضابطہ
"عقلی حاصل تقسیم" یا ع ح ت (intelligence quotient" or I. Q.)
کہتے ہیں :- $\frac{\text{ذہنی عمر} \times 100}{\text{زمانی عمر}}$ ۔آخر الذکر (یعنے عقلی حاصل تقسیم) کسی خاص ذ
نمو کے دوران میں نمایاں طور پر مستمر رہتا ہے ۔کسی فرد کی قابلیتوں کا تقریبی تخمینہ
کے لئے نہ صرف نام نہاد کاشفات عقل و ذہانت، مثلاً بنا سائن کے کاشفات
کا استعمال ضروری ہے، بلکہ عملی قابلیت کے کاشفات (مثلاً کاشفات کارکر
performance tests = "بھول بھلیاں والے کاشفات" = maze tests"
اور میکانی استعداد کے کاشفات) بھی ضروری ہیں، اور ان سب کے لئے خاص
آلات اور ضابطے ایجاد کرلئے گئے ہیں۔ مزاج کے کاشفات نسبتہً بہت زیا
مشکل ہیں۔ مزاج کی شناخت کے بہترین معیارات سرگذشت سے حا
ہوتے ہیں (12) (15)۔

مندرجۂ ذیل جماعت بندی ۱۹۱۳ء کے قانون نقص ذہن کے مطا
ہے، جس کے ساتھ متناظر علامات بھی مندرج ہیں :-

ضعیف العقل یا خفیف العقل (morons)۔ "وہ اشخاص جن
حالت میں پیدائش کے وقت یا ابتدائی عمر ہی سے ایسا ذہنی نقص موجود ہوتا
سخافت کی حد تک تو نہیں پہنچا مگر بایں ہمہ اس قدر نمایاں ہوتا ہے کہ خود ان
حفاظت کے لئے اور دوسروں کے تحفظ کے لئے ان کی خبر گیری، نگہداشت
روک تھام کی ضرورت ہوتی ہے، یا بچوں کی صورت میں، ایسا نمایاں
ہے کہ اس کی وجہ سے وہ معمولی مدارس میں تعلیم سے مستفید ہونے کے لئے
ناقابل معلوم ہوتے ہیں" (قانون نقص ذہن، ۱۹۱۳ء) ۔ ۱۹۲۷ء کے قا
نقص ذہن کی رو سے "ابتدائی عمر" کی تعریف یہ کی گئی کہ یہ ایسی عمر ہے جو

سال سے زائد نہ ہو۔
"میاسم انحطاطیت" ("stigmata of degeneracy") ضعیف العقل اشخاص میں اکثر پائے جاتے ہیں۔ بالعموم اِن میں ابتدائی بچپن کے زمانہ میں چلنا اور بولنا سیکھنے میں تاخیر ہو جاتی ہے۔ اِن میں سلس البول اور بعض اوقات سلس البراز طبعی اشخاص کے مقابلہ میں زیادہ عمر تک ہوا کرتا ہے۔ سرایتوں سے اثر پذیری بھی غیر طبعی ہوتی ہے۔ فہم کے نقص اور مجرد استدلال کی قابلیت کے نقص کے علاوہ ذہنی وظائف میں پراگندگی توجہ ظاہر ہوتی ہے جو بذاتہ حصولِ علم میں مشکل پیدا کر دیتی ہے۔ ایتلافی قابلیت کا نقص جو نقص فہم کا بنیادی سبب ہوتا ہے، اور اسی کے ساتھ مواظب جذباتی تحریک کا فقدان، متخیلہ کے نقص کا سبب ہوتا ہے، جو بالغ ضعیف العقل اشخاص میں بھی بچوں جیسی سادگی رکھتی ہے۔ اِن میں سے ذکور خود کو آئندہ انجن ڈرائیوروں کی حیثیت میں دیکھنے کی حد سے زیادہ نہیں بڑھتے اور لڑکیوں کے خیالی پلاؤ پریوں کی شہزادی کے درجہ سے آگے نہیں جاتے۔
جذباتی حیثیت سے ان میں سے بہت سے مستحکم اور اطاعت پذیر ہوتے ہیں، لیکن یہ اطاعت پذیری ہی اِن کو خطاکاری، خلاف ورزی قانون بلکہ خود ارتکاب جرم پر مائل کر دیتی ہے۔ چند غیر مستحکم، مغلوب الجذبات اور بے ضبط ہوتے ہیں۔ مدرسہ میں ضعیف العقل اُس وقت بھی جب کہ وہ بہترین حالت میں ہوں بمشکل اتنا کام کر سکتے ہیں جو اوسطاً درجہ دویم کے برابر ہو۔ ادنیٰ ترین درجہ کے ضعیف العقل کسی طالب علمانہ کامیابی کے ناقابل ہوتے ہیں۔۔۔ وہ ایک جزو کے الفاظ تک یاد نہیں کر سکتے اور سادہ ترین جمع یا تفریق بھی نہیں کر سکتے۔ خوش قسمتی سے اعلیٰ مدارج میں بہت سے ضعیف العقل بعض سادہ قسم کی دستکاریوں میں کارآمد ہو سکتے ہیں اور بالغ عمر میں کسبِ معاش کی قابلیت رکھتے ہیں۔ اور بہت سے ایسے اشخاص جو مدرسہ میں ضعیف العقل اشخاص کے زمرہ میں شمار کئے جاتے ہیں، بالغ زندگی میں اس زمرہ سے خارج ہو جاتے ہیں، کیونکہ اُن میں دستکاری کی قابلیت اتنی کافی ہوتی ہے کہ وہ کسبِ معاش کر سکتے ہیں اور معمولی سمجھ اتنی ہوتی ہے کہ وہ اپنی زندگی کا انتظام سادہ طور پر کر سکتے ہیں۔ اُن کی قناظر ذہنی عنصر

سات سے دس سال تک کی ہوتی ہے۔

سخیف "وہ اشخاص ہیں جن کی حالت میں پیدائش کے وقت یا اوائل سے ایسا ذہنی نقص موجود ہوتا ہے جو ابلہی کی حد تک تو نہیں پہنچتا مگر اس قدر نمایاں ہے کہ وہ اپنا یا اپنے معاملات کا انتظام نہیں کر سکتے" یا اگر وہ بچے ہیں تو ان کو اعلیٰ تعلیم دینا ناممکن ہوتا ہے۔ یہ ضعیف العقل اشخاص کی نسبت سخیف اشخاص میں بحیثیت ایک جماعت کے میاسم کا حدوث زیادہ ہوتا ہے، کیونکہ ان کا ایک حصہ اولی بے ذہنوں کے گروہ سے تعلق رکھتا ہے۔ اِن کے حرکات میں بد اسلوبی ہوتی ہے اور طرزِ بیان احمقانہ ہوتا ہے۔ اُن کا ذخیرۂ الفاظ بہت محدود ہوتا ہے اور طالب علمانہ قابلیت تقریباً ندارد ہوتی ہے۔ اِن میں سے بعض نہایت بے چین ہوتے ہیں۔ غیر مستحکم قسم میں معمولی چالاکی، وحشیانہ غصہ، حسد، غفلت اور بے پروائی کی عادتیں، بے غیرتی اور بے روک جلق کی عادت پائی جا سکتی ہے۔ بعض بچوں کی طرح خود پسند ہوتے ہیں۔ متناظر ذہنی عمر تین سال سے لے کر سات سال تک کی ہوتی ہے۔

812 ابلہے "وہ اشخاص ہیں جو زمانۂ پیدائش یا اوائل عمر ہی سے اس قدر ناقص الذہن ہوتے ہیں کہ اپنی حفاظت معمولی جسمانی خطرات تک سے نہیں کر سکتے۔" ابلہوں میں جسمانی انحطاطیت اِس درجہ تک پہنچ جاتی ہے کہ وہ ایک نظر میں پہچانے جا سکتے ہیں۔ وہ متصوع اور بدشکل ہوتے ہیں، مختلف اقسام کے شللوں میں مبتلا ہوتے ہیں، اور اگر کچھ بول بھی سکتے ہیں تو صرف اسیقدر کہ چند الفاظ کا تلفظ ادا کرتے ہیں اور وہ بھی بد اسلوبی کے ساتھ۔ وہ حوائجِ فطری کی طرف بھی توجہ نہیں کرتے ہیں اور ہمیشہ خود کو بول و براز سے تر اور آلودہ کر لیتے ہیں۔ وہ کھانا کھاتے نہیں بلکہ درندوں کی طرح ہڑپ کرتے ہیں۔ بعض ہر چیز کو جو اُن کے ہاتھ چڑھتی ہے توڑ اور برباد کر دیتے ہیں۔ اِن میں سے بہت سے مکان حرکی نقص کی وجہ سے لازمی طور صاحبِ فراش ہوتے ہیں۔ اور وہ جو خود چلنے پھرنے کے قابل ہوتے ہیں نہایت بے ڈھنگے ہوتے ہیں۔ یہ سخیفوں سے بھی زیادہ سرایتوں میں مبتلا ہو جاتے ہیں اور خوش قسمتی سے عموماً نو عمری میں مر جاتے ہیں۔ عقلی اعمال فی الحقیقت غیر موجود ہوتے

صرف نہایت اولیں جذبات (غصہ، بے رحمی، خوف اور جسمانی لذات) ظاہر ہوتے ہیں۔ متناظر ذہنی عمر دو سال سے کم ہوتی ہے۔

اخلاقی سخیف "وہ اشخاص ہیں جو اوائل عمر ہی سے کوئی مستقل ذہنی نقص ظاہر کرتے ہیں، اور ساتھ ہی اُن میں قوی شریرانہ یا مجرمانہ رجحانات موجود ہوتے ہیں، جن پر سزا کا بہت کم اثر ہوتا ہے یا سزا دینے پر بھی وہ اِس سے باز نہیں آتے۔" "اخلاقی سخیف" کی اصطلاح چنداں موزوں نہیں، کیونکہ بہت سی ایسی اصابتوں میں جن میں یہ خطاب استعمال کیا گیا ہے، عقلی نقص درحقیقت بہت کم ہوتا ہے یا بالکل نہیں ہوتا۔ مرضیت اقلیم جذبات میں ہوتی ہے۔ ایسے اشخاص میں ایسے کوئی جذبات نظر نہیں آتے جو اخلاقی وجدانات کے اس قدر اہم ترکیبی اجزا ہوتے ہیں۔ یہ لوگ جھوٹ بولتے ہیں، چوری کرتے ہیں، اس قدر پیتے ہیں کہ بدمست ہو جاتے ہیں، بعض اوقات وحشیانہ تندی ظاہر کرتے ہیں بلکہ بلا اشتعال بے رحمی کے مرتکب ہوتے ہیں اور ہر لحاظ سے بے اصول اور ناقابلِ اعتماد ہوتے ہیں۔ بایں ہمہ وہ ندامت کا کبھی کوئی حقیقی احساس نہیں ظاہر کرتے۔ سزا سے اُن کے طرزِ عمل میں کوئی اصلاحی اثر نہیں ہوتا۔ علاج بالخصوص یہی ہے کہ اُن کی نگرانی اور روک تھام کی جائے۔ رشتہ داروں کے حق میں یہی بہتر ہے کہ "اخلاقی سخافت" کی تشخیص ابتدائی زمانہ میں ہو جائے (اگرچہ اس کی تشخیص اواخرِ طفولیت سے پہلے نہیں کرنی چاہیے) اور قانون نقص ذہن کے تحت تصدیق کے ذریعہ مریض کو علٰحدہ رکھنے کا انتظام کیا جائے۔ اس سے زیادہ عرصہ گزرنے کے بعد اُن کا تدارک اور بھی زیادہ مشکل ہوتا ہے۔ پھر اُن کو قابو میں لانے کی خاص امید صرف یہی رہ جاتی ہے کہ وہ کسی جرم کے مرتکب ہوں اور پھر اُن کو قید کی سزا دی جائے، یا یہ کہ اُن میں کوئی داء النفس پیدا ہو جائے جس کی وجہ سے وہ قانون مجانین (Lunacy Act) کے تحت قابلِ تصدیق ہو جائیں۔

امراضیاتی جماعت بندی۔ ناقص العقل اشخاص کی جماعت بندی حسب ذیل بھی کی جاتی ہے: (۱) اولی بے ذہن (primary aments) جن کی تقسیم تین خاص گروہوں میں کی جا سکتی ہے:— سادہ، کوچک سر (microcephalic)

اور منگولی۔ (۲) ثانوی بے ذہن (secondary aments) جن کی تقسیم حسب ذ
ہوسکتی ہے :۔ (الف) وہ جن میں جلی دماغی اضرار موجود ہوں، جیسے کمت
(amaurotic)، آتشکی، استسقاء الدماغی (hydrocephalic)، مسامی دماغ
(porencephalic)، صلابتی شکلی، نیز جلی التہابی یا عروقی اضرار (مثلاً وبا
التہاب دماغ = epidemic encephalitis) کے دوسرے مابعد اثرات۔ او
(ب) وہ جن میں جلی دماغی اضرار موجود نہ ہوں بلکہ جو عصبیتی نمو کے عام ایتاف (صر
قماتی : cretinous، یا تغذیتی) میں مبتلا ہوں۔ ان میں سے بہت سوں کا تذکرہ اس
کتاب کے گذشتہ بابوں میں کیا گیا ہے۔ اعضائے حواس کے مرض اور دماغی نمو کے
متناظر فقدان کا نتیجہ (تفریدی بے ذہنی = isolation amentia) ذیل میں درج کیا جا
ہے۔ بے ذہنی کی یہ تمام قسمیں ضعفِ عقل، سخافت اور ابلہی کے کسی بھی درجہ میں موجو
ہوسکتی ہیں :۔

ذیل میں بعض واضح اقسام کا بیان درج کیا جاتا ہے :۔

کوچک سری بے ذہنی (microcephalic amentia) کی اصطلا
کا اطلاق اُس حالت پر کیا جاتا ہے جس میں ذہنی نقص ایک صریحاً چھوٹی کھوپری کے
ہمراہ پایا جاتا ہے، جس کا محیط عموماً ۱۷ انچ سے کم ہوتا ہے۔ لیکن اگر کھوپری کی جسامت
کے بجائے اُس کی شکل کو معیار سمجھا جائے تو اس میں ایسے مریض بھی شامل کئے جا سکتے
ہیں جن کی کھوپری کا محیط اِس کے نسبت قریب ۲ انچ کے زائد ہو۔ جبہی خطہ کے
دب جانے اور قذالی خطہ کے چپٹا ہوجانے سے تمثیلی نوک دار یا "پرندہ نما"
شکل پیدا ہوجاتی ہے، اور اسی کے ساتھ دماغی نیم کروں کی ناقص تکوین اور انفرادی
عصبیوں اور ریشوں کا نامکمل نمو پایا جاتا ہے۔ تزارید کا نمو ناقص ہوتا ہے اور نقص
نمو کے مقامی رقبے موجود ہوتے ہیں۔ کھوپری کی شکل کی وجہ سے کوچک سر مریض میں
پرندہ نما شباہت پیدا ہوجاتی ہے۔ مزید برآں وہ غیر معمولی طور پر قصیر القامت
ہوتے ہیں۔ دماغ کے خلیات معمول کے نسبت کم ہوتے ہیں، مگر اُس میں کثیر التعداد جنینی او
دیگر مقامی خلیے نظر آتے ہیں۔ کوچک سروں کی اکثریت ابلہوں اور سخیفوں کی جماعت
سے تعلق رکھتی ہے۔ کچھ تھوڑے محض ضعیف العقل ہوتے ہیں۔ بحیثیت ایک

گروہ کے یہ شگفتہ مزاج، بے چین، محبت کرنے والے اور نیک چلن ہوتے ہیں۔
813 **مغولی بے ذہنوں** (mongolian aments) کی وجہ تسمیہ یہ ہے کہ ان کے فتحاتِ چشم ترچھے رُخ میں اوپر اور باہر کے طرف جاتے ہیں۔ ماق و احنلی پر جلد کا برّاقی شکن توی طور پر نمو یافتہ ہوتا ہے۔ علاوہ بریں زبان بڑی ہوتی ہے اور اُس میں عرضی انشقاقات کے نشان ہوتے ہیں (صفن نمازبان = scrotal tongue) اور جبہی اور قذالی خطوں کے چپٹا ہونے کی وجہ سے کھوپڑی قصیر الراس (brachycephalic) ہو جاتی ہے۔ پہلی تسنین میں تاخیر ہو جاتی ہے۔ دانت چھوٹے ہوتے ہیں اور جلد بوسیدہ ہو جاتے ہیں۔ ناک چھوٹی، ہاتھ پاؤں چوڑے، اور ہاتھوں کے انگوٹھے اور چھنگلی انگلیاں معمول کے نسبت چھوٹی ہوتی ہیں، اور آخر الذکر پچھلے کی انگلیوں کے طرف قدرے مقعر ہوتی ہیں۔ ہتھیلیوں میں اکثر صرف ایک مستعرض فجوہ ہوتا ہے (نام نہاد خط قردی = simian line)۔ رباطات ڈھیلے ہوتے ہیں، جس کی وجہ سے مفاصل کو معمول سے زاید پھیلایا جا سکتا ہے۔ تمام اقسام کی پیدائشی غیر طبعی حالتیں اور بالخصوص پیدائشی مرض قلب عام ہے۔

ذہنی حیثیت سے ان کی اکثریت سخیف درجہ کی ہوتی ہے۔ بہت سے ضعیف العقل ہوتے ہیں اور چند ابلہے ہوتے ہیں۔ یہ مطمئن نظر آتے ہیں، اور منہ بنانے اور نقالی کے عادی ہوتے ہیں۔ اکثر لَے کو خوب سمجھتے ہیں اور موسیقی سے لطف اندوز ہوتے ہیں۔ مغولیت (mongolism) کا سبب اب بھی ایک متنازع فیہ امر ہے۔ ایک عامل جو کہ خاص طور پر اس سے متعلق ہے ماں کی عمر ہے۔ مغولی زیادہ تر مسن ماؤں کے ہاں تولد ہوتے ہیں۔

صلابتی بے ذہنی (sclerotic amentia)۔ مریضوں کی ایک خفیف تعداد میں ابلہی کا انحصار عصب سریشی افزار پر ہوتا ہے جو یا تو منتشر ہوتے ہیں یا ایک محدود (گرہکی یا بصلی) شکل میں ہوتے ہیں۔ دونوں صورتوں میں ذہنی نقص کی تصویر مختلف شلّات، رعشوں، اور بالخصوص بصلی قسم میں تشنج سے پیچیدہ

ہوجاتی ہے۔ بصلی صلابت کی چند اصابتوں میں ذہنی غدی سلعہ (adenoma sebaceum) اور مختلف باطنی اعضاء کے سلعات بھی موجود پائے گئے ہیں۔ اضرار کے ایسے مجموعہ کے لئے تصرع (epiloia) کی اصطلاح تجویز کی گئی ہے۔ صلابت کی بیش پرورشی منتشر قسم میں درد سر ایک نمایاں علامت ہوتی ہے۔

حواس سے محرومی اور ذہنی نقص۔ اب یہ امر تسلیم کر لیا گیا ہے کہ ایسا ذہنی نقص جو مخصوص حس کے اعضا میں سے کسی ایک عضو کے ضرر کے ساتھ پایا جائے حقیقی نہیں بلکہ زیادہ تر ظاہری ہوتا ہے اور اس کا انحصار خلقی قلت پر نہیں بلکہ اس امر پر ہوتا ہے کہ عضو کی غیر موجودگی کے باعث تعلیم نہ ہو سکی۔ مخصوص کاشفات سے جو حال ہی میں ایسے بچوں کی ذہانت کے متعلق کئے گئے جو اوائل عمر سے بالکل بہرے تھے ظاہر ہو گیا ہے کہ یہ طبعی بچہ کے نسبت اوسطاً کم ذہین نہیں ہوتے۔

عالم ابلہ (idiots savants) وہ اشخاص ہیں جو عام ذہنی قلت میں مبتلا ہونے کے باوجود کسی ایک رُخ میں غیر معمولی استعداد یا صلاحیت ظاہر کرتے ہیں۔ مثلاً بعض سخیف اور ضعیف العقل اشخاص کا حافظہ نہایت نادر اور عجیب وغریب ہوتا ہے۔

حادثی ادواء النفس اور نفسی عصبانیتیں جو نقص ذہن کی حالت میں پیچیدگیوں کے طور پر پیدا ہو جاتی ہیں۔ معمولی اشخاص کی نسبت ناقص الذہن اشخاص میں مشکلات سے دوچار ہونے پر کسی نہ کسی قسم کی ذہنی بیماری پیدا ہو جانے کا امکان زیادہ ہی ہوتا ہے۔ لیکن جس طرح اُن میں حادثی ادواء النفس یا نفسی عصبانیتیں زیادہ آسانی سے ہو جاتی ہیں اسی طرح مجموعی حیثیت سے انہیں شفا بھی زیادہ آسانی سے ہو جاتی ہے۔ لیکن یہ ممکن ہے کہ اس داء النفس کے جذباتی اختلال کی وجہ سے مریض کی معاشرتی صلاحیت بیشتر کے نسبت کم ہو جائے، مثلاً ایسا ہو سکتا ہے کہ ایک ناقص الذہن شخص کو جو انشقاق الذہنی حادثہ کے آغاز سے پہلے بیرونی دنیا میں رہنے کے قابل تھا، انشقاق الذہنی علامات زائل ہو جانے کے باوجود بعد میں مستقلاً کسی ادارہ میں رہنا پڑے۔ طبعی ذہن و فہم والے

افراد کے نسبت ناقص الذہن اشخاص میں ہسٹیریائی ظواہر زیادہ صریح اور جلی ہونیکا امکان ہوتا ہے ۔ مریض کو بڑی آسانی کے ساتھ رویا نظر آتے ہیں اور آوازیں سنائی دیتی ہیں' اور اِن توہمات میں طفلانہ سادگی ہوتی ہے ۔ اور وہ بہ نسبت رعشہ اور مستمر دردوں اور دُکھن کے (جو اوسط ہسٹیریائی مریض میں اس قدر عام ہوتے ہیں) پورے جوارح کے شَلَل کو ترجیح دیتا ہے ۔

نقصِ ذہن کا علاج ۔ نقص ذہن کا مسئلہ خاص کر تین اقلیموں میں پیدا ہوتا ہے : یعنے تعلیم' معاشرتی انضباط و نگہداشت' اور پیشہ کی ۔ اگر کوئی بچہ اپنی عمر کے اوسط ذہنی نمو میں ایک یا زائد سال پیچھے (" غبی اور پس ماندہ " گروہ کا) ہے تو اُس کے لئے یہی بہتر ہے کہ اُسے ایک مخصوص جماعت میں تعلیم دی جائے ۔ جب یہ نقص تین یا زائد سال کے برابر ہو تو ایک مخصوص مدرسہ مناسب ہے' جس میں تعلیم و تدریس کے خاص طریقے ہوں اور سادہ دستکاریوں پر خاص توجہ دی جاتی ہو' اور درسی تعلیم صرف اُسی حد تک ہو جسے بچہ سمجھ سکے اور جو اس کے ذہن نشین ہو جائے ۔

بچہ کی گھر پر نگرانی اُس کی دو باتوں پر منحصر ہے : ۔ یعنی اُسکے درجۂ عقل و درجۂ مزاج پر ۔ اکثر ایسا ہوتا ہے کہ والدین کو بچہ کی ظاہری حماقت ناگوار گذرتی ہے' اور بھائی بہن 814
اُسے چھیڑتے اور ستاتے ہیں ۔ لہٰذا اُنھیں سکھلانا چاہیئے کہ رعایت کے ساتھ برتاؤ کریں ۔ بچہ کی مزاجی مشکلات کی روک تھام عقلمند والدین کو کرنی چاہیئے لیکن اگر (جیسا کہ اکثر ہوتا ہے) اُن میں سے ایک یا دونوں خود ناقص الذہن ہوں' تو ممکن ہے کہ ایک پرورش گاہ کی ضرورت لاحق ہو ۔ ناقص الذہن افراد کو " زیرِ تولیت " رکھنے یا منظور کردہ گھروں میں رکھنے کے لئے قانونی انتظام کر دیا جاتا ہے ۔

جہاں نقص اس شدت کو پہنچ جائے کہ یہ طریقے ناقابلِ استعمال ہوں' تو جیسا کہ قانونی امور کے باب میں مفصل بیان کیا گیا ہے' تصدیق کے بعد اداری نگہداشت سے کام لینا چاہیئے ۔

مدرسہ چھوڑنے کے بعد پیشہ کا مسئلہ نہایت اہم ہے ۔ موزوں انتخاب سے ایک مفید شہری پیدا کیا جا سکتا ہے ۔ اور انتخاب ناموزوں ہو تو اس کا نتیجہ پہلے بار بار تغیرِ خدمت' ازاں بعد مزمن بیکاری اور نیز بعض اوقات خطاکاری بلکہ ارتکابِ جرم

تک ہو سکتا ہے۔ یہ انتخاب بچہ کی مدرسہ کی کامیابیوں کے علم کی بنا پر کرنا پڑتا ہے، اور اگر ضرورت ہو تو اس کے علاوہ اُسکی صنعتی صلاحیت کے متعلق مخصوص کاشفات سے بھی امداد لی جا سکتی ہے۔

قانونی تعلقات

جنون کی تصدیق

کسی شخص کے "مجنون" یا "مختل العقل" ہونے کی تصدیق کرنے میں، علاوہ اصلی مسئلہ تصدیق کے، طبیب جو کچھ صداقت نامہ لکھے اُس کے لئے اُس کی قانونی ذمہ داری کا سوال بھی مضمر ہوتا ہے۔ تصدیق اساساً ایک قانونی کارروائی ہے۔ یہ نہ صرف علاج کی سمت ایک قدم ہے، بلکہ ایک مصدقہ مجنون اسی بات سے اپنے بعض مدنی حقوق سے محروم ہو جاتا ہے، جن میں اُس کی آزادی بھی شامل ہے۔ مزید براں یہ یاد رکھنا ضروری ہے کہ تصدیق کے نہ صرف راست قانونی نتائج ہوتے ہیں، بلکہ بالواسطہ طور پر مدنی نتائج بھی ہو سکتے ہیں۔ مثلاً اگر ایک کاروباری شخص مجنون تصدیق کر دیا گیا ہے اور اس واقعہ کی اطلاع اُس کے ہم پیشہ رفقا کو ہو جائے تو ممکن ہے کہ شفایاب ہو جانے پر وہ یہ پائے کہ وہ بورڈ آف ڈائرکٹرس کے فرائض انجام دینے یا ایسی ہی کسی اعتماد کی جگہ پر کام کرنے سے محروم ہو گیا ہے۔ چنانچہ کسی مریض کے متعلق تصدیق کرنے میں امور ذیل کے متعلق غور و احتیاط کے ساتھ خیال رکھنا چاہیئے:۔ (الف) آیا اُس مریض کی تصدیق طبی لحاظ سے مناسب ہے۔ (ب) آیا تصدیق قانوناً ممکن ہے۔ (ج) اگر الف اور ب کی شرطیں پوری ہوتی ہیں تو آیا تصدیق شفایابی کے بعد اُس کے لئے شدید طور پر حارج تو نہ ہوگی۔ یاد رکھنا چاہیئے کہ طبیب نہ صرف اس کی تصدیق کرتا ہے کہ وہ مریض مختل العقل ہے، بلکہ یہ بھی کہ "وہ اس لائق ہے کہ علاج اور نگہداشت کے لئے زیر نگرانی رکھا جائے"۔ تازہ رائل کمیشن کے سامنے مسٹر کلاڈ شوسٹر، لارڈ چینسلر کے مستقل معتمد نے مریض کے متعلق

ایسا شخص ہونے کی تصدیق کرنے کے تفصیلی وجوہ حسب ذیل پیش کئے ہ۔ (۱) تاکہ عوام آزار سے محفوظ رہیں۔ (۲) تاکہ مریض خود کو آزار نہ پہنچانے پائے۔ (۳) تاکہ شفا یا تخفیف مرض کی غرض سے علاج و معالجہ ہو جو دیگر طور پہ نہیں کیا جا سکتا۔ (۴) تاکہ مریض کو ایسی مضرت سے محفوظ رکھا جائے جو عدم نگہداشت سے پہنچ سکتی ہے۔

رویۃ کی کوئی خرابی جو خرابیٔ عقل سے پیدا ہو گئی ہو، جس سے مریض مجلسی لحاظ سے اسقدر ناقابل ہو جائے کہ خود اپنی یا اپنے کاروبار کی خبرگیری کے لائق نہ رہے، تصدیق کے لئے کافی وجہ ہے۔ لیکن یہ یاد رکھنا چاہیئے کہ اختلالِ عقل موجود ہونا چاہیئے، اور رویۃ کی ایسی خرابی موجود ہونی چاہیئے، جس سے سوسائٹی کے ساتھ تصادم یا خود مریض کو غیر ضروری نقصان پہنچنے کا اندیشہ ہو، یا ایسی خرابی موجود ہونی چاہیئے جو ذاتی صحت و سلامتی سے غفلت پیدا کر دے۔ اگر رویۃ مجلسی لحاظ سے طبعی ہے اور صرف خرابیٔ عقل ہے، تو یہ صداقت نامہ دینے کے لئے کوئی وجہ نہیں ہو سکتی۔ مثلاً ایک مریض، جو بارہ سال تک پختہ یقین رکھتا تھا کہ وہ اس ملک کے حکمرانوں اور افواج کے سپہ سالاروں سے روزانہ تعلقات و مراسلت رکھتا ہے، اور باوجود اس کے وہ کامیابی کے ساتھ تجارتی کاروبار انجام دیتا اور اس سارے عرصہ میں خوش و خرم متاہلانہ زندگی بسر کرتا تھا، اس وقت تک تصدیق کے قابل نہ ہوا جب تک کہ تجارتی اور کاروباری نقصانات اور انقلابات کی وجہ سے پست اور منخفض ہو کر اس نے اپنے پیٹ کے اندر دو بار ٹوپی کی پین داخل کر کے اقدامِ خودکشی نہ کیا۔ بہ الفاظِ دیگر محض اختباطی عقیدوں کی موجودگی صداقت نامہ دینے کی وجہ نہیں ہو سکتی۔ اِس کے برعکس، واضح غیر طبعی ذہنی رجحانات کی غیر موجودگی تصدیق کو ناممکن نہیں کر سکتی، کیونکہ صرف رویہ کا غیر طبعی ہونا تصدیق کے لئے جائز بنیاد ہو سکتا ہے۔ ممکن ہے کہ ایک ایسے مریض کے ساتھ جو جسمانی 815
وجوہات کی غیر موجودگی میں غیر فعال پایا جاتا ہے، اور کھانا کھانے اور فطری حوائج کو رفع کرنے سے انکار کرتا ہے، تصدیق کے ذریعہ نپٹنا پڑے تاکہ غذا پہنچانے کے معقول طریقے عمل میں لائے جا سکیں۔

وہ مریض جن کی تصدیق سب سے زیادہ مشکل ہوتی ہے حسب ذیل ہیں :۔ (۱) وہ جو مخالفت کرتے ہیں اور اس قدر کافی قابو اور بصیرت رکھتے ہیں کہ ممتحن کی موجودگی میں اپنا حال ظاہر نہیں ہونے دیتے۔ اس گروہ میں بالخصوص جنونِ ماسا حالتیں شامل ہیں۔ (۲) وہ جن میں رویہ کی خرابی محض مخصوص حالات و ماحول میں یا مخصوص اشخاص کے تعلق میں ظاہر ہوتی ہے اور جو ایسے رویہ کے علاوہ اور کوئی واضح ذہنی نقص یا مرض بہت کم ظاہر کرتے ہیں یا بالکل نہیں ظاہر کرتے، اور جو اس رویہ سے انکار کرتے ہیں۔ بعض مزمن شرابی جو اپنی بیویوں اور خاندان کے لوگوں کے ساتھ بے حیائی کا اور برا سلوک کرتے ہیں ایسے ہی ہوتے ہیں۔ (۳) وہ جن میں ذہنی مرض کے حملے وقفوں کے ساتھ یا حوادث ہوتے ہیں مثلاً مصروعین (epileptics) اور شرابی جو درمیانی وقفوں میں کافی طور پر اچھی حالت میں ہوتے ہیں اور کوئی خرابی یا عارضہ اس درجہ کا ظاہر نہیں کرتے جس سے عامی ذہن کو (اور یہی ذہن ان اغراض کے لئے قانونی ذہن بھی ہوتا ہے) اُن کے مرض کے متعلق یقین ہوسکے۔ تاہم اگر مزمن شرابی مریض ایسے درمیانی وقفے میں قابل تصدیق نہ ہو تو ہذیانِ مرتعش (delirium tremens) کے حملے کے دوران میں اس کی تصدیق جائز نہیں۔ (۴) خفیف ہیجان والا مریض، جو مسرف ہو، زیادہ باریک حس تمیز نہ رکھتا ہو اور بدیں وجہ اپنے معاملات اور کاروبار کو بیباکی کے ساتھ تباہ و برباد کرسکتا ہو، لیکن ملاقات کے وقت جب اس سے اس کے کاروباری معاملات کے متعلق سوال کیا جائے تو وہ خوش خلق اور بظاہر قابل اعتماد پایا جائے۔

بہرصورت ذہنی امراض میں مبتلا مریض کے متعلق صداقت نامہ محض اسکی سلامتی اور حفاظت کے لئے یا سوسائٹی کی حفاظت کے لئے دینا چاہیئے اور صرف ایسی حالت میں جب کہ طبی لحاظ سے اسیقدر کارگر کوئی دوسرا طریقہ میسر نہ ہو۔ خوش قسمتی سے ایسا ہی ایک دوسرا طریقہ وہ انتظامات ہیں جو کہ شفاخانہ ہائے امراض دماغی میں رضاکارانہ مریضوں کے لئے منضبط کیے گئے ہیں۔ اس طریقہ میں اس امر کی ضرورت ہوتی ہے کہ مریض خود ایک خط پر اپنے دستخط ثبت کرے جس میں وہ یہ بیان کرتا ہے کہ میں خود کو فلاں شفاخانہ میں (جس کا نام وہ درج کرتا ہے) نگہداشت اور

...اج کے لئے سپرد کرنا چاہتا ہوں۔ دوسری اور کوئی رسمی کارروائی ضروری نہیں ہوتی۔
...ولہ سال سے کم عمر کے مریضوں میں، ایک مخصوص فارم پر مریض نہیں بلکہ اس کے والد
...والدہ یا ولی دستخط کرتا ہے، جس کے ساتھ ایک طبی مزاول کا سفارش نامہ منسلک
...ر دیا جاتا ہے۔ جب کبھی مریض کو اس خط پر دستخط کرنے کو راضی کر لیا جا سکے تو یہی
...پسندیدہ طریقہ ہے۔ اس میں ویسے کوئی نقائص نہیں ہوتے جیسے کہ تصدیق میں ہوتے
...ں۔ مگر اس میں بعض ذاتی خرابیاں موجود ہوتی ہیں :— (۱) جس مریض کی تصدیق
...ں سب سے زیادہ مشکلات پیش آتی ہیں (یعنی خفقی :paranoid، مزمن شرابی
...ور خفیف مانیائی (hypomanic:)، وہی رضاکارانہ دستاویز پر دستخط کرنے سے
...نکار کرتا ہے۔ (۲) شفاخانہ میں رضاکارانہ اصول پر داخل شدہ مریض کو ۷۲، گھنٹے
...نوٹس ملنے پر شفاخانہ سے جانے کی اجازت دیدی جاتی ہے۔ یہ ایسے مریض کی
...حالت میں، جو مثلاً خودکشی کے رجحانات رکھتا ہو، نہایت نامناسب، نقصان رساں
...بلکہ خطرناک ہوتا ہے۔ اگر ایسا واقعہ پیش آئے تو مریض کے حق میں صرف یہی کارروائی
...درست اور مناسب ہے کہ اس کی تصدیق کرالی جائے، اگرچہ کوئی شخص یہ پسند
...نہیں کریگا کہ پہلے کسی مریض کو ایک شفاخانہ میں رضاکارانہ حیثیت سے داخل ہونے کی
...ترغیب دے، اور جب وہ مریض شفاخانہ سے جانے پر اصرار کرے تو اُسے تصدیق
...کے ذریعہ سے روک لے۔ بہتر طریقہ یہ ہے کہ وہ تصدیق کرنے سے پہلے مریض کو شفاخانہ
...سے جانے کی اجازت دے کر دوستوں کی نگرانی میں دے دے۔ انگلستان میں سنہ ۱۹۳۰ء
...کے قانونِ علاج ذہنی کی رو سے، رضاکارانہ طریقہ کا اطلاق نجی اور امداد یافتہ مریضوں
...دونوں پر ہوتا ہے۔ آخر الذکر کچھ بھی ادا کرنے کی قدرت نہیں رکھتے۔ ایک نجی ذہنی
...شفاخانہ میں ایک نجی مریض کے کھانے، رہائش اور طبی علاج کے لئے کمترین شرح
...عموماً ۳ پونڈ ۳ شلنگ ہے۔ لیکن بہت سے سرکاری (یعنی امداد یافتہ) ذہنی شفاخانوں
...میں، کیا لندن میں اور کیا لندن کے باہر، رضاکار اقامت گزیں (boarders)
نجی مریضوں کی حیثیت سے ۲ پونڈ ۲ شلنگ فی ہفتہ پر داخل کئے جاتے ہیں۔

کسی مریض کو مختل العقل تصدیق کرنے کی قانونی اجازت، قانون متعلق
...دیوانگی، بابتہ سنہ ۱۸۹۰ء میں دی گئی ہے۔ کسی مریض کو شفاخانہ امراض دماغی میں سپرد

کرنے کے لئے مختلف قسم کے طریق کار ہیں، جو مختلف مثالوں کی مناسبت سے تجویز کیے گئے ہیں۔ پہلا طریقہ :۔ درخواست پر داخلہ کے حکم کے ذریعہ سے۔ اس کا اطلاق صرف اُن نجی مریضوں پر ہوتا ہے جو اپنے خاندان میں یا دوستوں کیساتھ اقامت گزیں تھے۔ دوسرا طریقہ، امداد یافتہ مریضوں کے لئے، سرسری حکم داخلہ کے ذریعہ سے۔ اس دوسرے طریقہ کا اطلاق اُن نجی مریضوں پر بھی ہو سکتا ہے، جو (الف) معقول نگہداشت اور نگرانی میں نہیں ہیں، (ب) جن کے ساتھ رشتہ داروں کا سلوک بے رحمی اور غفلت کا ہے، یا جو (ج) کھلے بند جہاں چاہیں پھر رہے ہیں۔ تیسرا طریقہ، تعجیلی حکم داخلہ کے ذریعہ سے، اور چوتھا طریقہ، علالتی تحقیقات کے ذریعہ سے۔ آخر الذکر ایک مخصوص دقیق اور دقت طلب طریقہ ہے جس سے آجکل شاذ ہی کام لیا جاتا ہے، اور جو اُن مثالوں کے لئے محفوظ رکھا گیا 816
ہے جن میں کسی بڑی جائداد کا سوال متعلق ہو (13)۔

(۱) پہلا طریقہ۔ درخواست پر داخلہ کے حکم کے ذریعہ تصدیق کی مکمل قانونی کارروائی کے لئے پانچ دستاویزوں کی ضرورت ہوتی ہے:۔ (۱) قریب ترین رشتہ دار، یا قریب ترین ممکن الحصول رشتہ دار کی درخواست، یا اگر یہ میسر نہ ہو، کسی دوسرے شخص کی درخواست۔ لیکن جب قریب ترین رشتہ دار نہ مل سکے تو اس کی وجہ بیان کر دینی ضروری ہے کہ اس کی عرضی کیوں نہیں گذرانی گئی۔ (۲) فرد کیفیت چند مطبوعہ سوالات کے جواب میں۔ (۳) اور (۴) دو مندرجہ ذیل طبی صداقت نامے۔ (۵) حکم داخلہ جس پر موزوں عدالتی افسر کے دستخط ہوں اور جسکے ذریعہ کسی مینٹل شفاخانہ امراض دماغی یا تیمارستان کو مریض کو داخلہ کی اجازت ہو۔

(۲) دوسرا طریقہ سرسری حکم داخلہ کے ذریعہ کارروائی کرنے میں ضروری دستاویزیں مماثل ہوتی ہیں، لیکن درخواست کا فارم نہیں ہوتا، کیونکہ رشتہ دار یا دوست موجود نہیں ہوتے۔ فرد کیفیت پر ملکی افسر یعنے جس حلقہ میں مبینہ دیوانہ پایا گیا ہے اُس کے کسی کانسٹبل، فریادرس افسر، یا نگران کار کے دستخط ہوتے ہیں۔ طبی صداقت ناموں کا فارم تمام مثالوں میں ویسا ہی ہوتا ہے جیسا کہ پہلے طریقہ میں۔ نجی مریضوں کے لئے دو صداقت نامے، اور امداد یافتہ مریض کے لئے ایک صداقت نامہ ضروری ہوتا ہے۔

(۳) تیسرا طریقہ، تعجیلی حکم کے ذریعہ، صرف اسیوقت استعمال کے لئے تجویز کیا گیا ہے جب مریض کو فوراً ہٹا کر شفاخانہ میں داخل کرانا ضروری ہوتا ہے۔ صرف ایک ہی طبی صداقت نامہ ضروری ہوتا ہے، اور ایک حکم، جس پر قریب ترین رشتہ دار کے، یا اگر کوئی قریب ترین رشتہ دار میسر نہ ہو تو کسی ذمہ دار شخص کے، دستخط ہوتے ہیں، اور بہتر یہ ہے کہ قریب ترین رشتہ دار کی غیر موجودگی کے وجوہ بھی بیان کر دیئے جائیں۔ فرد کیفیت بھی ملفوف کر دینا چاہیئے، جس پر اسی شخص کے دستخط ہوں جسنے حکم پر دستخط کیئے ہیں۔ اگر حکم پر دستخط کرنے والا شخص وہی نہیں ہے جس نے فردِ کیفیت پر دستخط کیے ہیں، تو اسکی وجہ بیان کر دینی چاہیئے۔ تعجیلی حکم صرف سات دن تک نافذ العمل رہتا ہے، اور اگر اس عرصہ میں مریض صحتیاب نہ ہو گیا ہو تو پہلے یا دوسرے طریقہ کے مطابق پھر صداقت نامہ داخل کرنا ضروری ہے۔ حکم کے ساتھ جو صداقت نامہ ہوتا ہے، اس پر دستخط کرنے والے طبیب کے لئے ضروری ہے کہ دستخط کرنے سے پہلے دو پورے دنوں کے اندر، یا زیادہ پسندیدہ یہ ہو کہ (اس رائے کے مطابق جو ہیوم اسپرائی بنام سمتھ اور ایک دوسرے شخص کے تازہ مقدمہ، مست۔ رجز۔ ٹائمس، ۱۹۲۷ء میں ظاہر کی گئی ہے) اسی دن اس نے مریض کو دیکھ لیا ہو۔ اسیطرح ضروری ہے کہ حکم پر دستخط کرنے والے رشتہ دار یا دوسرے شخص نے مریض کو اسی وقفہ کے اندر دیکھ لیا ہو۔

۱۹۳۰ء کے قانونِ (انگلستان) علاج ذہنی نے ایک ذہنی طور پر بیمار شخص کو حقیقی تصدیق کے بغیر ایک مستند شفاخانہ یا ادارہ میں رکھنے کا ایک مزید طریقہ رائج کیا ہے۔ یہ عارضی سفارشنامہ کا طریقہ ہے اور صرف نام نہاد غیر ارادی مریضوں پر اطلاق پذیر ہوتا ہے، یعنی ان مریضوں پر جو شفاخانہ میں رکھے جانے کے متعلق اپنی منظوری دینے یا نہ دینے کے ناقابل تصور کئے جائیں۔ اگر اس کی ٹھیک ٹھیک تشریح کی جائے تو اس دفعہ کا اطلاق صرف ہذیانی یا ذہول زدہ مریضوں پر ہوتا لیکن سرکاری حوصلہ افزا نقطہ نگاہ کی رعایت رکھتے ہوئے جو کہ مجلس نگران (board of control) کی روئدادوں سے واضح ہے، سرسری تشریح میں کسیقدر آزادی دیجاتی ہے، چنانچہ مانیائی ہیجانات جو ہذیانی شدت کے نہ ہوں، وہ بھی شامل

کئے جاسکتے ہیں۔ اس طریقہ کا اقتضاء یہ ہے کہ درخواست پر ایک نجی مریض کی صورت میں رشتہ دار اور امداد یافتہ مریض کی صورت میں ملکی حاکم (عہدہ دار امداد عامہ) دستخط کرے۔ اور دو طبی سفارش ناموں پر دستخط کئے جائیں، ایک پر اس طبیب کے جس کو مجلس نگراں نے اس مقصد کے لئے خاص طور پر مستند قرار دیا ہو۔

طبی صداقت نامے۔ درخواست پر حکم داخلہ کیلئے جو صداقت نامے ہوں اُن میں سے ایک پر مریض کے معمولی معالج کے دستخط ہونے چاہئیں، تاوقتیکہ درخواست میں کوئی معتبر سبب نہ بیان کر دیا گیا ہو جس کی بنا پر ایسا صداقت نامہ نہ حاصل کیا جاسکا ہو۔ ایسی صورت میں کوئی دوسرے معالج یہ دونوں صداقت نامے دے سکتے ہیں۔ تصدیق کرنے والے ان دونوں معالجوں کو اپنے امتحانات جُداگانہ طور پر کرنے چاہئیں۔ مسٹر جسٹس ہاکنس نے مقدمہ ویلٹون بنام سیمپل میں بیان کیا کہ "از روئے قانون طبیبوں کے جداگانہ امتحانات ضروری ہیں، اور یہاں یہ دونوں ایک ساتھ جاتے ہیں۔ یہ ضابطہ کی بہت بڑی خلاف ورزی ہے۔ دونوں طبیبوں کے باہم ملنے اور ایک ساتھ جانے سے زیادہ کوئی دوسری بات اس قدر شبہ پیدا کرنے والی نہیں ہوسکتی اور نہ خیال میں آسکتی ہے" لیکن جہاں تصدیق کنندہ طبیبوں میں سے ایک طبیب نے مریض کو پہلے نہیں دیکھ لیا ہے (جیسا کہ عموماً ہوتا ہے، کیونکہ دونوں طبیب مریض کے "معمولی معالج" نہیں ہوسکتے) وہاں ظاہر ہے کہ امتحان کرنے سے پہلے اُسے ماسبق اور موجودہ حالات سے آگاہ کر دینا چاہیئے۔ لہٰذا یہ رائے دیجاتی ہے کہ قانون کے الفاظ اور اصلی منشا کو پورا کرنے کی غرض سے، مشیر طبیب کے آنے، اور معمولی معالج کے بہ اغراض تصدیق آنے کے درمیان کسیقدر (مثلاً ایک دن یا کم از کم کئی گھنٹوں کا) وقفہ گزر جانے دینا چاہیئے۔ 817

بعض قانونی ممانعتیں (statutory prohibitions) بھی ہیں جن کا علم صداقت نامہ پر دستخط کنندہ طبیب کو ہونا چاہیئے۔ ان ممانعتوں کا یہ مقصد ہے کہ امتحان کے اندر ذاتی مفاد کا دخل نہ ہونے پائے۔ طبی صداقت ناموں پر مندرجۂ ذیل اشخاص میں سے کسی کے دستخط نہ ہونے چاہئیں:۔ (۱) ایسا طبیب جو

دوسرے صداقت کنندہ طبیب کے ساتھ خون کا رشتہ یا کاروباری تعلق رکھتا ہو، مثلاً باپ یا خسر، ماں یا خوشدامن، بیٹا یا داماد، بھائی یا بہنوئی یا نسبتی برادر، بہن یا بھاوج، نند یا جٹھانی یا دیورانی، حصہ دار یا مددگار۔ (۲) ایسا طبیب جو خود درخواست گزار بھی ہو یا اس امر میں شفاخانہ یا مکان کا جس میں مریض کو بھیجا گیا ہے، مہتمم، مالک یا معالج بھی ہو۔ (۳) ایسا طبیب جو مریض سے متعلق ادا کردہ رقموں میں مفاد رکھتا ہو۔ (۴) پہلے بتلائے ہوئے اشخاص میں سے کسی کا شوہر، یا بیوی، باپ یا خسر، وغیرہ۔

طبی امتحان۔ جیسا کہ اوپر بیان کیا گیا ہے تصدیق کی غرض سے امتحان علیٰحدہ علیٰحدہ کرنا چاہیئے۔ بعض اوقات رشتہ دار ہوشیاری اور فراست کے غلط زعم میں طبیب سے استدعا کرتے ہیں کہ وہ مریض کو ایک بہانہ سے دیکھے، اور بحیثیت طبیب ہرگز نہ دیکھے۔ ایسا کرنے کے لئے طبیب کو ہرگز راضی نہ ہونا چاہیئے۔ مریض کے ساتھ بالکل صاف گوئی سے کام لینا چاہیئے، اور اگر وہ صاف و صریح الفاظ میں یہ پوچھ بیٹھے کہ "کیا آپ کا ارادہ میرے متعلق تصدیق کرنے کا ہے" "تو طبیب کو کہنا چاہیئے کہ "میں تمہاری صحت کی حالت کے متعلق تحقیق دیکھنے کے لئے آیا ہوں اور بالخصوص تمہاری ذہنی حالت کے متعلق۔ میرا ارادہ تمہاری تصدیق کرنیکا نہیں ہے، بشرطیکہ اس سے محترز رہنا کسی طرح ممکن ہو۔ بہرحال طبیب تصدیق صرف اسیوقت کیا کرتے ہیں جب کہ علاج کے اغراض سے وہ معین طور پر ضروری ہوتی ہے"۔

طبیب کو چاہیئے کہ ہمیشہ ملاقات کی یادداشتیں درج کر لیا کرے، خواہ ملاقات کے وقت ہی، یا اگر یہ مریض کو مشتبہ ہونے یا اُس کے رویہ (مثلاً سریع پرواز تصورات) کے سبب سے ناممکن ہو تو مریض کے پاس سے جانے کے بعد فوراً۔ ان یادداشتوں میں وہ تمام متعلقہ واقعات جو اسوقت ظاہر ہوئے ہوں شامل ہونے چاہئیں۔ اُس کی گفتگو کی رو کے معنی خیز حصوں کے چند لفظ بہ لفظ نمونے نہایت کارآمد ہوں گے۔ تصدیق کی جانے والی ہر اصابت کی یادداشتیں درج کرکے محفوظ کر لینے کی ضرورت ایک تازہ مقدمہ، ہارنیٹ بنام فشر میں ان اعتراضات سے

صاف طور پر ثابت ہوتی ہے جو جج نے ڈاکٹر فشر پر کئے۔ ڈاکٹر فشر نے ۱۹۱۱ء میں مسٹر ہارٹیٹ کے دیوانہ ہونے کی تصدیق کی تھی اور مسٹر ہارٹیٹ نے ۱۹۲۶ء میں چودہ سال بعد استغاثہ دائر کیا کہ غفلت کے باعث بیجا تصدیق کی گئی ہے۔ جج نے سوال کیا "ہمیں کوئی ایک ایسا سوال تبلائیے جو آپ نے اُن سے پوچھا ہو۔" ڈاکٹر فشر نے جواب دیا "میں نے اُن سے کچھ پوچھا ہوگا، لیکن یہ یاد نہیں کہ الفاظ کیا تھے۔" جج نے کہا "مجھے توقع تھی کہ آپ ہمیں وہ سوالات بتلائینگے جو اُن سے پوچھے تھے" اور یہ رائے ظاہر کی "وہ فرماتے ہیں کہ میں نے ایسے چھوٹے چھوٹے سوالات کئے، مگر یہ نہیں بتلا سکتے کہ وہ کیا سوالات تھے۔"

جیسا کہ دوسرے ہر ذہنی امتحان میں کیا جاتا ہے، خود اس امتحان کو ایک منظم طریقہ سے عمل میں لانا چاہیئے، اور حتی الامکان ہر عنوان کو باری باری سے لینا چاہیئے۔ اس میں احتیاط کے ساتھ جسمانی امتحان ہمیشہ شامل ہونا چاہیئے (ہیوم اسپرائی کے مقدمہ سے مقابلہ کرو)۔ اس امر کے متعلق بھی دریافت کرنا ضروری ہے کہ حملہ مرض سے پہلے مریض کی ذہنی حالت کیسی تھی۔ اس طریقہ سے ممکن ہے کہ نہایت کارآمد تائیدی شہادت حاصل ہوجائے، اور علاوہ بریں نتائج پر پہنچنے میں جلد بازی کا امکان نہ رہے گا۔ اس امر کی طرف توجہ دلائی گئی ہے کہ شدید مذہبی سرگرمی ایک شخص کا خاصہ طبعی ممیز خاصہ ہوسکتی ہے، یعنے کسی ایسے شخص میں جو پہلے مذہبی رجحانات رکھتا تھا، لیکن یہ کسی دوسرے شخص کی ذہنیت کے لئے بالکل نئی چیز اور اسیواسطے مرض کی علامت ہوسکتی ہے۔

بعض امور ایسے ہیں جو صداقت نامہ کے اندر خاص طور پر اہم ہوتے ہیں، چنانچہ اگر یہ مشاہدہ میں آئیں تو اِن کو بیان کر دینا چاہیئے۔ اِن میں سے ایک امر رویہ کا انوکھا پن، مثلاً خاموشی اور اڑیل پن ہے۔ دوسری چیز، مرضی تصورات کی موجودگی ہے، بالخصوص جب کہ یہ اختباطات کی حد تک نمو یافتہ ہوں۔ لیکن صداقتنامہ کے اندر اسیقدر بیان کرنا کافی نہیں کہ مریض کو اختباطات ہوتے ہیں۔ ان اختباطات کی، یا ان میں سے بعض کی تفصیل درج کرنا چاہیئے، اور مزید براں (یہ بھی اسیقدر اہم ہے) طبیب کو معقول طور پر یقین ہونا چاہیئے کہ یہ درحقیقت اختباطات ہیں۔

مثلاً ممکن ہے کہ ایک شخص اپنی بیوی سے بدگمان ہو کر کہنے لگے کہ وہ کسی دوسرے شخص سے تعلق رکھتی ہے۔ ممکن ہے کہ یہ صحیح ہو، اور اس کا غلط ثابت کرنا بہت مشکل ہے، چنانچہ طبیب اس کو غلط سمجھنے میں محض قیاس آرائی کرتا ہے۔ ایک مریض نے کہا کہ جس کارخانہ میں وہ ملازم ہے وہاں کا ہر شخص اس کے طرف دیکھتا رہتا اور اس کے متعلق باتیں بنایا کرتا ہے۔ یہ سچ بات تھی، کوئی اختباط نہ تھا۔ متعدد موقعوں پر اس کے شکی رویہ سے اُن کی توجہ اس کی طرف مبذول ہوئی تھی۔ لہٰذا کسی اختباطی تصور کے متعلق اطلاع درج کرتے وقت طبیب کو کوئی ایسا فقرہ بڑھا دینا چاہیے، جیسے کہ "جسے میں غلط سمجھتا ہوں" یا یہ کہ "جس کے غلط ہونیکا مجھے علم ہے"۔ صداقت نامہ کے لئے توہمات کارآمد ثبوت ہیں، کیونکہ ان سے غیر فنی شخص کو یقین آجاتا ہے۔ لیکن اکثر اوقات اُن کا ما فیہ بیان کرنا غیر ممکن ہوتا ہے، اور مریض کے طرزِ عمل کو دیکھ کر اُن کی موجودگی کا استنتاج کم وبیش اکثر ایک ماہر ہی کا کام ہوتا ہے۔ تاہم چونکہ وہ نہایت عام طور پر جنون کا ثبوت ملنے جلتے ہیں، صداقت نامہ کے اندر اُن کی موجودگی کی شہادت شامل کر دینی چاہیے۔

ممکن ہے کہ نہ تو اختباطات موجود ہوں اور نہ توہمات، اور صرف تاثری یا وجدانی حالت ہی تصدیق کے لئے کافی ہو، بشرطیکہ یہ اتنی کافی غیر طبعی ہو کہ رویہ کو عدم فعالیت یا اضطراب یا اقدام خودکشی کے طرف مائل کر دے۔ محض خودکشی کے خیالات کا اظہار، اگر یہ نہایت پستی کے ائتلاف میں ہو، صداقت نامہ لکھے جانے کے لئے کافی ہے، کیونکہ ایسے ائتلاف میں ایسے خیالات کے عمل میں لائے جانے کا بہت امکان ہوتا ہے۔ واضح ذہنی خرابی کی غیر موجودگی میں، خودکشی کے مصمم قصد کے ساتھ بظاہر پولیس ہی نپٹ سکتی ہے، اس وقت جب کہ اس قصد سے باز رہنے کی ترغیب ناکام رہے۔ حافظہ، ماحول شناسی اور فہم کی خرابیاں نہایت کارآمد تصدیقی شہادت ہیں۔ یہ بطور خود تصدیق کے جواز کے لئے عموماً کافی نہیں سمجھے جاتے، لیکن ان سے اکثر معمر اشخاص کی حالت میں کام لیا جاتا ہے، جن کی نگہداشت گھر پر نہیں کی جاسکتی اور جنھیں ترقی پذیر ذہنی عدم کفایت کے

باعث خاص احتیاط و نگہداشت کی ضرورت ہوتی ہے۔

صداقت نامہ میں تشخیص کا اندراج نہایت خلافِ مصلحت ہے۔ ایسا کرنے سے واقعات پر کوئی مزید روشنی نہیں پڑتی، اور پھر ممکن ہے کہ یہ تشخیص غلط بھی ہو (مقابلہ کرو ڈی فرینول بنام ڈل، ٹائمس، ۱۹ار مئی ۱۹۲۷ء، جس میں تصدیق کنندہ طبیب نے یہ لکھا کہ مریض حاد مانیا میں مبتلا ہے، اور جہاں بعد میں یہ ثابت ہوا کہ ایسا صداقت نامہ لکھنے کے بعد چوبیس گھنٹے کے اندر مریض بالکل معمولی حالت میں تھا)۔

صداقت نامہ کا دوسرا حصہ "اُن واقعات کے لئے ہے جن کی اطلاع دوسروں سے ملی ہو"۔ ایک جائز اور صحیح صداقت نامہ محض اِن واقعات سے ہرگز درست یا قابلِ قبول نہیں بنایا جا سکتا، اور اس حصے کو بالکل خالی چھوڑا جا سکتا ہے۔ لیکن جہاں خود طبیب کے مشاہدہ کردہ واقعات قطعی طور پر فیصلہ کُن نہوں، وہاں "دوسروں کے دیکھے ہوئے واقعات" نہایت کارآمد ہو سکتے ہیں۔ اطلاع دینے والوں کے پورے نام، پتے اور پیشے درج کر دینے چاہئیں۔ غالباً اِس قاعدہ پر عمل کرنا بہتر ہے کہ جب کبھی اطلاع حاصل ہو اُسے اِس حصے میں درج کر دیا جائے۔ اس سے "معقول سبب" کے اظہار میں مدد ملتی ہے۔ ظاہر ہے کہ دوسروں کے بیان کردہ واقعات کے متعلق مریض سے دریافت کر لینا چاہئے۔ ہارنیٹ بنام فِشر کے استغاثہ میں، جس کا پہلے حوالہ دیا گیا ہے، جج نے ڈاکٹر فِشر سے دریافت کیا "آپ نے اِس سے اُن باتوں کے متعلق جن کا تذکرہ بھائی نے کیا تھا یہ دریافت کرنے کی زحمت کیوں گوارا نہیں کی، کہ آیا وہ صحیح ہیں یا نہیں؟ آپ نے جواب دیا کہ وہ آپ سے کچھ کہنے کے ناقابل تھا کیونکہ وہ بول نہیں سکتا تھا۔ جب تک آپ اُس سے نہیں پوچھتے وہ آپ سے کوئی بات کیسے کہہ سکتا تھا؟" ہیوم امپرائی بنام سمتھ اور ایک دوسرے کے مقدمہ میں بھی مستغیث نے شکایت کی کہ تصدیق کرنے میں مدعا علیہم نے اس امر پر اعتماد کیا کہ مجھے اپنی بیوی کے بدچلنی کے مرتکب ہونے کے متعلق قوی اشتباہات ہیں نیز اِن بیانات پر اعتماد کیا کہ میں نے اپنی بیوی کو قتل کرنے کی اور خودکشی کرنے کی کوشش کی۔ مستغیث نے اصرار کیا کہ ہیوفانی ایک واقعہ تھا،

اور وہ الزامات جو خود اس پر رکھے گئے تھے غلط تھے۔ مدعا علیہم کو اعتراف کرنا پڑا کہ ہم نے یہ دریافت کرنے کی کوئی کوشش نہیں کی کہ آیا مریض کے بیانات صحیح ہیں، اور قتل اور خودکشی کی مبینہ کوششوں کے معاملہ میں بھی ہم سے یہ فروگذاشت ہوگئی کہ مریض سے دریافت نہیں کیا۔ مستغیث کے وکیل نے پوچھا "آپ یہ امر کہ آیا ایک شخص پر دھمکیاں دینے کا الزام غلط تو نہیں لگایا گیا، کیسے دریافت کر سکتے ہیں جب تک کہ آپ اِن امور کے متعلق اس شخص سے پوچھ نہ لیں؟" (ٹائمس مورخہ ۱۲ مارچ ۱۹۲۶ء)۔

819 بالآخر، دیوانگی کے صداقت نامہ پر دستخط کنندہ طبیب کے لئے ضروری ہے کہ وہ درحقیقت مطب کر رہا ہو اور رجسٹر شدہ بھی ہو۔ صداقت ناموں میں بیان کردہ تاریخِ امتحان (صرف وہ تاریخ ہی نہیں جو حاشیہ میں درج ہے) درخواست سے پورے سات دن کے اندر کی ہونی چاہیے۔ صداقت نامہ میں تمام خالی جگہوں کی خانہ پُری کرنی چاہیے۔

اطبا کی حفاظت۔ چونکہ تصدیق، مصدقہ شخص کو اُس کے مدنی حقوق سے محروم کر دیتی ہے، لہٰذا یہ بڑی ذمہ داری کا کام ہے اور اِسے بلا انتہائی غور و خوض ہرگز اپنے ذمہ نہیں لینا چاہیئے۔ نیز یہ ایک ایسا فعل ہے جس میں سخت قانونی پیچیدگیاں پیدا ہو سکتی ہیں، کیونکہ ممکن ہے کہ مصدقہ شخص اپنی آزادی سے محروم ہونے کی وجہ سے ناراض ہو کر اپنی مبینہ دیوانگی کے متعلق جیوری (jury) کے ذریعہ سماعت کی استدعا کرے۔ مزید برآں جب ایک تصدیق کردہ شخص کی حالت اس قدر کافی بحال ہو جاتی ہے کہ وہ آزاد کیا جا سکے، تو ممکن ہے کہ وہ "بیجا" تصدیق کے لئے نالش دائر کر دے۔ دیوانگی کی تصدیق میں بظاہر بہ نسبت دوسرے اقسام کے طبی قانونی معاملات کے سب سے زیادہ خطرات مضمر ہیں۔ مریضوں کی ایک چھوٹی جماعت ایسی بھی ہوتی ہے جن میں ایک خاص علامت مقدمہ بازی ہوتی ہے۔ اِن کو نام نہاد طور پر "مقدمہ باز خبطی" ("litigious paranoics") کا خطاب دیا گیا ہے۔ علاوہ بریں اکثر ایسا بھی ہوتا ہے کہ مصدقہ مریض، جن کو اتنی کافی شفا ہو چکی ہے کہ وہ رہا کر دیے جاتے ہیں،

در اصل اکثر کامل طور پر شفا یافتہ نہیں ہوتے اور ممکن ہے کہ اُن کو انقباضات جاری رہیں، جنہیں وہ اُن طبیبوں کے خلاف استعمال کریں جو اُن کے حبس میں رکھے جانے کے "محرکِ اصلی" ("agents provocateurs") تھے ۔ لہٰذا بظاہر یہ اغلب معلوم ہوتا ہے کہ اُس طبیب کے لئے جو کسی مریض کی تصدیق کرتا ہے، مریض کی طرف سے ہرجانہ کی نالش کا خاص طور پر خطرہ ہوتا ہے ۔ یہ خیال بہت رائج رہا ہے لیکن بعض تازہ انتباہات کے باوجود عملاً یہ بات نہیں ہے کہ تصدیق کنندہ طبیب پر قانوناً نالش دائر کئے جانے کا کوئی خاص امکان ہو ۔ غلط تصدیق کے لئے اب تک صرف ایک ہی نالش اسکاٹ لینڈ میں دائر ہوئی ہے، اور "وہ نالش کبھی دائر نہیں ہونی چاہیے تھی" (رابرٹ سن) ۔ ۱۹۳۰ء کا قانون علاج ذہنی اب طبیب کی زیادہ کافی حفاظت کرتا ہے ۔ اس قانون کی دفعہ (۱۶) کی رو سے، مستغیث کے لئے ضروری ہے کہ وہ اپنی درخواست جج در ایوان (Judge in Chambers) کے سامنے پیش کرے، اور ثابت کرے کہ تصدیق کنندہ مزاولین نے بدنیتی کے ساتھ اور بلا معقول احتیاط کے یہ فعل کیا ۔ اب بھی ہر طبیب کے لئے طبی بیمہ کی سوسائٹی میں شریک ہوجانا نہایت مناسب ہے ۔ ورنہ ممکن ہے کہ وہ ایسی مقدمہ بازی میں پھنس جائے جو ایک خانگی شخص کے لئے تباہ کن ہوتی ہے جس کا دارومدار اپنے نجی مالی ذرائع پر ہو ۔

جب طبیب کے دل میں تصدیق کے ضروری ہونے کے متعلق کوئی شبہ ہو تو مریض کو جاکر دوبارہ دیکھنا کارآمد ہوسکتا ہے ۔ اِس سے اِس الزام کی پیش بندی کرنے میں تو یقیناً مدد ملیگی کہ معقول احتیاط سے کام نہیں لیا گیا ۔

اس کے برعکس، صداقت نامہ دینے سے اِنکار کرنے میں بھی طبیب پر قانونی ذمہ داری عائد ہوسکتی ہے ۔ مگر یہ امر قانونی طور پر طے شدہ نہیں ہے ۔ مسٹر جسٹس میکارڈی نے اِس امر میں یہ رائے ظاہر کی ہے کہ گو ایک مریض طبیب سے تصدیق کے متعلق احتیاط کا طالب ہوسکتا ہے، مگر اگر طبیب کسی ایسے شخص کی تصدیق سے اِنکار کردے جو در اصل فاتر العقل تھا اور جس نے بعد میں خود کو مضرت پہنچائی تو طبیب مریض کے سامنے غفلت کی کوئی ذمہ داری نہیں رکھتا (ڈی فریول

بنام ڈِل' مقالۂ افتتاحیہ' ٹائمس' ۸ جولائی ۱۹۲۷ء)۔

امین کا تقرر۔ جب کسی شخص کے فاتر العقل ہونے کے متعلق تصدیق کردی گئی ہو اور وہ ایسی مالیت یا کاروبار رکھتا ہو جس کا انتظام کرنے کی ضرورت ہو' اور جب وہ اپنی فاتر العقلی کی وجہ سے کاروباری معاملات کی انجام دہی کے ناقابل سمجھا گیا ہو تو درخواستگزار ایک امین کے تقرر کے لئے جج متعلقۂ دیوانگی کے سامنے درخواست پیش کرتا ہے۔ امین قریب ترین رشتہ دار' یا کوئی مختار وکیل' یا کوئی دوسرا شخص ہو سکتا ہے جسے جج نے منتخب کیا ہو۔ جب مریض کی تصدیق منسوخ کردی جاتی ہے تو امینیت کے اختتام کی غرض سے اُسے جج سے درخواست کرنی پڑتی ہے۔

جب کوئی ایسا شخص' جسکی تصدیق در اصل نہ کی گئی ہو' اپنے معاملات کو انجام دینے کے ناقابل سمجھا جائے' اور جب اُن کی انجام دہی کے لئے کسی نہ کسی کو مقرر کرنا ضروری ہو تو ایسی صورت میں یا تو خود مریض اپنے پسند کئے ہوئے کسی شخص کو مختار نامہ دے سکتا ہے' یا جہاں یہ نامناسب ہو یا جہاں مریض اسکی اجازت نہ دے' وہاں مریض کا معمولی معالج مریض کے نمایندوں کی درخواست پر یہ حلف نامہ پیش کر سکتا ہے کہ مریض "مرض یا زیادتی عمر سے ذہنی کمزوری پیدا ہو جانے کی وجہ سے" اپنے معاملات انجام دینے کے ناقابل ہے (۱۸۹۰ء کے قانونِ دیوانگی کی دفعہ ۱۱۶)۔ چنانچہ اس کے مطابق جج متعلقۂ دیوانگی ایک امین مقرر کردیتا ہے' اس وقت جب کہ وہ پہلے اس قسم کی ضرورت کے متعلق اطمینان کرلے۔

820

قلتِ ذہن یا کم ذہنی

(mental deficiency)

ناقص العقل اشخاص کا تدارک انگلستان کے قانون ہائے ناقص العقلی بابتہ ۱۹۱۳ء و ۱۹۲۷ء کے تحت کیا جاتا ہے۔

اِن قوانین کے تحت کسی شخص کی ناقص العقلی کی تصدیق حسب ذیل طریقہ سے عمل میں لائی جاتی ہے:۔ (۱) اگر وہ مریض ابلہ یا کسی بھی عمر کا سخیف ہے تو

اُس کے والدین میں سے کوئی ایک، یا سرپرست کیفیت نامہ پر دستخط کرتا ہے۔ مزید برآں دو طبی صداقت ناموں کی ضرورت ہوتی ہے، جن میں سے ایک تو بہتر ہے کہ معمولی معالج کی طرف سے ہو، اور دوسرا کسی ایسے طبیب کے طرف سے جسے مجلس نگراں نے اِس غرض کے لئے پسند کر لیا ہو۔ (۲) اگر وہ مریض ضعیف العقل یا اخلاقی سخیف ہے، اور اُسکی عمر اکیس سال سے نیچے کی ہے، تو طریقہ کارروائی وہی ہوتا ہے جو ابلہوں اور سخیفوں کے لئے ہے، لیکن اِس کے علاوہ کسی حاکم عدالت کا صداقت نامہ ضروری ہوتا ہے۔ (۳) اگر وہ کسی جماعت یا عمر کا ناقص العقل ہے اور مخصوص حالات میں ہے، مثلاً اگر (الف) اُس کا کوئی خبر گیر اور پرساں نہ ہو، یا وہ بظاہر کوئی ذریعۂ معاش نہ رکھتا ہو، یا اُسکے ساتھ بے رحمی کا برتاؤ کیا گیا ہو، یا (ب) وہ کسی مجرمانہ فعل کا مرتکب ثابت ہوا ہو، یا اُسے کسی مصدقہ مدرسۂ صنعت و حرفت میں بھیجے جانے کا حکم دیا گیا ہو یا وہ ایسا حکم دیئے جانے کا سزاوار ہو، یا (ج) وہ قید بھگت رہا ہو، یا حبس میں رکھا گیا ہو، یا وہ کسی پاگل خانے میں ہے، یا (د) وہ عادی شرابی ہے (اور بعض دوسرے شرائط بھی ہیں)، تو تصدیق مندرجۂ ذیل طریقہ سے عمل میں لائی جاتی ہے:— بذریعۂ درخواست جس کے ساتھ دو طبی صداقت نامے ہوں، جن میں سے ایک اُس طبیب کے طرف سے ہو جسے مقامی حاکم یا مجلس نے خاص طور پر پسند کیا ہو، اور ساتھ ہی ایک کیفیت نامہ ہو، اور درخواست گذار کے طرف سے ایک قانونی اقرار نامہ، اور عدالت ضلع کے جج یا مجسٹریٹ (پولیس کے یا ساوضیاب) یا کسی خاص طور پر مقرر کردہ جسٹس آف دی پیس کے طرف سے ایک قانونی حکم۔ (۲) عدالت کے حکم سے، ثبوتِ جرم کے بعد، یا جب کوئی بچہ کسی صنعتی مدرسہ میں بھیجے جانے کے لائق ثابت ہو گیا ہو۔ (۳) معتمد محکمۂ داخلیہ کے حکم سے (قید ہونے پر، یا کسی تادیب خانہ یا جرائم پیشہ مجانین کے ماٰمن میں محبوس ہونے پر)، جس کے ساتھ دو طبی صداقت نامے ہوں۔ اِس قسم کے مریض کی تصدیق کے لئے، جن احتیاطوں اور طریقوں پر عمل پیرا ہونا پڑتا ہے، وہ اُن سے بہت مشابہ ہیں جو دیوانگی کی تصدیق کے لئے عمل میں لائی جاتی ہیں، لیکن اُس جماعت یا قسم کو بھی بیان کر دینا لازم ہے جس سے

وہ ناقص العقل تعلق رکھتا ہو۔ عمومی بیانات (جیسے کہ "اس میں قوت فیصلہ کی کمی ہے") کی تائید کے لئے مریض کے افعال یا بیانات بھی درج کر دینا چاہیئے۔

وصیت کی قابلیت

بعض اوقات طبیب سے اس امر کا فیصلہ کرنے کی درخواست کی جاتی ہے کہ آیا مریض کی ذہنی حالت وصیت نامہ لکھنے کے قابل ہے۔ اس کے متعلق طبیب کو جو کاشفات استعمال کرنے پڑتے ہیں وہ اُن کاشفات سے مختلف ہیں جو تصدیق کے معاملات میں ضروری ہوتے ہیں۔ قابلیت وصیت کے لئے جو کچھ ضروری ہے وہ یہی ہے کہ وصیت کنندہ "اُس مالیت کی مقدار کو سمجھتا ہو جسے وہ دینا چاہتا ہے، اُن حقوق کو پہچانتا اور سمجھتا ہو جن کو وہ منظور کرنا چاہتا ہے" اور اُسے کوئی ایسی ذہنی خرابی نہیں ہے کہ جس سے اُس کا احساسِ حق یا اُس کے رجحاناتِ محبت تضلال پذیر ہو گئے ہوں مثلاً اس طرح کہ وہ اپنی مالیت کی تقسیم میں اختباطات سے متاثر ہو۔ یا حافظہ کا کوئی بڑا نقص اُسے اپنی فطری قوتوں کے استعمال سے باز رکھتا ہو۔ اسی واسطے ممکن ہے کہ ایک مریض قابلیت تصدیق کے لحاظ سے تو دیوانہ ہو (خود اُس کی سلامتی کے نقطۂ نظر سے) مگر باایں ہمہ وہ اِس قابل ہو کہ صحیح وصیت نامہ مرتب کر سکے۔ اِس کے برعکس یہ بھی ممکن ہے کہ وہ کوئی ایسی ذہنی خرابی میں مبتلا ہو کہ وہ اپنے گھر میں رہ سکتا ہو، مگر وصیت نامہ مرتب کرنے کے قابل نہ ہو۔ یہ خاص کر اُن اشخاص میں ہوتا ہے جو شیخوخی قشری خرابی (senile cortical deterioration) میں مبتلا ہوتے ہیں، جن کی حالت میں حافظہ اور فہم میں کوئی بڑا نقص موجود ہوتا ہے۔

ذمہ داریٔ جرم

(criminal responsibility)

جُرم کی ذمہ داری کا مسئلہ نفسیاتی طب کے معاشرتی پہلو کے مسائل میں سب سے زیادہ معرکتہ الآرا ہے۔ مشکل یہ ہے کہ طب اور قانون اِس کے متعلق ہم رائے اور یک زبان ہونے میں دقت محسوس کرتے ہیں۔ یہ امر متعجب خیز نہیں اور اس کی وجہ

یہ خیال کی جاتی ہے کہ قانون داں کی معاشرتی نظر طبیب کی معاشرتی نظر سے مختلف ہوتی ہے۔ اول الذکر کا تعلق سوسائٹی کی سلامتی سے ہے اور آخرالذکر کو انفرادی بہبودی سے سروکار ہے۔ "جب مجھے مجرم پر رحم آنے کی ترغیب ہوتی ہے تو میں یاد کرتا ہوں کہ ایک رحم وہ بھی ہے جس کا مستحق میرا ملک ہے" (جسٹس تھیفیو ہیل)۔ لیکن یہ کوئی خاص فرق نہیں، بلکہ اصلی فرق یہ ہے کہ ذہن اور ذہنی عارضہ کے قانونی تصور اور طبی تصور میں تباعد ہے۔ قانونی تصور یہ ہے کہ ذہن پر عقل اور آزاد ارادہ کا اقتدار و غلبہ ہوتا ہے۔ طبی تصور یہ ہے کہ وظائف کی تحریک جذبات سے اور تعین درونی علالات سے ہوتا ہے۔ قانونی دماغ کے نزدیک ہر چیز کا علم شعوری طور پر ہوتا ہے۔ طبی دماغ کے نزدیک بہت کچھ لاشعوری اور نامعلوم ہے۔ اسی واسطے ذمہ داری کے طبی عیار اور قانونی عیار میں بعض اختلافات نمودار ہو جاتے ہیں (5)۔ 821

دیوانگی کا عذر (خواہ یہ سماعت کنندہ عدالت میں ہو یا سزا دہندہ عدالت میں ہو) تقریباً تمامتر قتل کے مقدمات تک محدود ہوتا ہے۔ اس کے یہ معنی نہیں کہ قتل ہی وہ تقریباً واحد مجرمانہ فعل ہے جس کے ذہنی امراض کے مریض مرتکب ہوتے ہیں۔ ان میں آتش زنی، صنفی جرائم، سرقہ، وغیرہ بہ نسبت قتل کے زیادہ عام ہیں۔ مگر ان مقدمات میں دیوانگی کا عذر اگر کامیاب ہوتا ہے تو اس کا نتیجہ محض کسی مأمن میں جبری حبس ہوتا ہے۔ اور یہ خالص نتیجہ مریض کے لئے نفع بخش نہیں کیونکہ اگر عدالت اُسے دیوانہ نہیں تجویز کرتی تو بھی اُسے اپنی آزادی اُسیقدر جلد حاصل ہو جاتی۔ اس کے برعکس، جرم واجب القتل میں دیوانگی کا کامیاب عذر مریض کو پھانسی سے بچا لیتا ہے۔ قانون ہر شخص کو بیگناہ تصور کرتا ہے، جب تک کہ وہ گناہ گار نہ ثابت ہو جائے، اور اسی طرح یہ تصور کرتا ہے کہ ہر شخص صحیح العقل ہے جب تک کہ وہ فاترالعقل نہ ثابت ہو جائے، اور ان دونوں صورتوں میں ثبوت سے جیوری کو اطمینان ہونا ضروری ہے۔ لہٰذا دیوانگی کا بارِ ثبوت مدعا علیہ پر ہوتا ہے۔ دیوانگی کے ثبوت کے لئے انگلستان کے موجودہ قانون کے مطابق مندرجۂ ذیل شرائط کا پورا ہونا لازمی ہے:—

میکناٹنی قواعد (McNaghten rules)۔ اولاً یہ ثابت ہونا چاہیئے کہ ارتکاب جرم کے وقت ملزم کو ذہن کا مرض تھا، دوم یہ کہ اُسے اپنے فعل کی نوعیت اور صفت معلوم نہیں تھی، یا (نہ کہ "اور") سوم یہ کہ اُسے یہ معلوم نہ تھا کہ یہ فعل نادرست ہے۔ ان شرائط کو حقیقتہً تحریری قانون کا جامہ پہنایا نہیں گیا، لیکن یہ میکناٹنی مقدمہ (۱۸۴۳ء) میں جوابات کا لُبّ لباب ہیں، اور اُس تاریخ سے جرم کی ذمہ داری کے متعلق تمام قانونی فیصلوں کی بنیاد ہیں۔ یہ اُس فعل کے وقت کے متعلق ہیں جس کا کسی شخص کو ملزم گردانا گیا ہے۔ یہ خاص طور پر اُس فعل کے اور اُس کے علم کے متعلق ہیں، اور عام جرم کے متعلق نہیں ہیں۔ علم جو ضروری قرار دیا گیا ہے قانونی طور پر درست یا نادرست کا نہیں: یہ تصور نہیں کر لیا گیا ہے کہ ملزم کو قانونی طور پر درست یا نادرست کے متعلق اُس سے کچھ زیادہ کا علم ہونا چاہیئے جو ملت کو عام طور پر معلوم ہے۔ ذمہ داری کا انحصار عملاً اس فعل کی اخلاقی نوعیت دریافت کرنے کی قابلیت پر رکھا گیا ہے۔ میکناٹنی قواعد، قوائے ذہنیہ اور اسکے نتیجہ بصریح یعنی جزئی دیوانگی کے طبی طور پر متروک اور پارینہ مسئلہ پر مبنی ہیں، جس میں ذہن کو متعدد آزاد خانوں میں منقسم خیال کیا گیا ہے، اور قوت وقوف (cognitive faculty) ایک بڑا ذیلی خانہ ہے۔ مگر طب میں اب یہ ایک مسلمہ امر ہے کہ ذہن ایک سالم چیز ہے، جو ایک ہے اور ناقابل تقسیم ہے۔ ایسا کوئی ذہنی عارضہ نہیں ہے (خواہ وہ بظاہر کتنا ہی جزئی ہو) جو ذہن ماؤف کے پورے بقیہ حصے پر اپنا انعکاس نہ رکھتا ہو۔ لہذا ذمہ داری کا خالص عقلی عیار ایک بے بنیاد چیز ہے، کیونکہ ممکن ہے عقل بحیثیت عقل صحیح و سالم ہو، لیکن ایک جذباتی اختلال، طرزِ عمل پر عقل کے اثر کو بدل دے یا اس میں مزاحم ہو یا اُسے کالعدم کر دے۔ اس کے برعکس، عقلی نقص کے یہ معنی ہیں کہ جذباتی اقتدار ناقص ہے۔ قواعد میکناٹن کو تجویز کرنیوالے ججوں پر مسئلہ جزئی دیوانگی کا اثر ان جوابات سے ظاہر ہوتا ہے جو اُنھوں نے اُن سے کئے ہوئے چوتھے سوال کے جواب میں دیئے "اگر کوئی شخص موجودہ واقعات کے متعلق کسی مجنونانہ انتباط کے زیر اثر اس جرم کا ارتکاب کرے تو کیا وہ واجب القتل ہے؟" ججوں نے جواب دیا "بلاشبہ اس کے جواب کا انحصار اُس انتباط کی

نوعیت پر ہے۔ مگر اُسی مفروضہ کو اختیار کرتے ہوئے جیسے ہم نے پہلے کیا تھا (یعنے یہ کہ وہ شخص
صرف ایسے جزئی اختباط کے زیر اثر ہے، اور دوسرے معاملات میں دیوانہ نہیں ہے)
ہم خیال کرتے ہیں کہ ذمہ داری کے معاملہ میں اُسے اُسی حیثیت میں خیال کرنا چاہیے
کہ گویا وہ واقعات جن کے متعلق وہ اختباط موجود ہے اصلی تھے۔ مثلاً اگر اپنے
اختباط کے زیر اثر وہ یہ سمجھ رہا ہے کہ کوئی دوسرا شخص اُسکی جان لینے کی کوشش کر رہا ہے،
اور اگر وہ اپنی حفاظت کے خیال سے اس شخص کو مار ڈالتا ہے تو وہ سزا سے بَری ہوگا۔
اگر اُس کا اختباط یہ تھا کہ متوفی نے اُس کے چال چلن اور مال و دولت کو سخت نقصان
پہنچایا ہے اور اُس نے اِس مفروضہ نقصان کا بدلہ لینے کی نیت سے اس شخص کو
قتل کر دیا تو وہ مستوجب سزا ہوگا۔" چنانچہ ایک دیوانہ شخص اگر اُسے یہ یقین ہو کہ وہ
یہ فعل اپنی حفاظت کے لئے کر رہا ہے، کسی شخص کو بلاخوف نتائج قتل کر سکتا ہے،
لیکن اگر اس کا قاتلانہ فعل اِس عقیدہ کی بنا پر ہو کہ مقتول اُس کے خیالات کو
معلوم کر رہا ہے یا اُس کے اعضائے تناسل کو چھیڑ رہا ہے تو اُسے موت کی سزا
دیجاتی ہے۔ صریح عقلی اعمال اور طرز عمل پر اُن کے اثر کے سوائے اور کسی چیز کا 822
لحاظ نہیں کیا جاتا۔ ایسے مشہور مظاہر جیسے کہ بعد تنویمی (post-hypnotic)
اور صرعی قسریت (epipleptic automatism) مظاہر کا بظاہر کوئی لحاظ
نہیں کیا جاتا۔

چنانچہ عملی نتیجہ یہ ہے کہ :۔ اُس شخص کے محاکمہ میں جو کسی جُرم کے بابت
دیوانگی کا عذر پیش کرے، اگرچہ برائے نام یہ ضروری قرار دیا جاتا ہے کہ اِن
دونوں امور کے متعلق شہادت لی جائے کہ اولاً ارتکاب جُرم کے وقت اُس کے
ذہن کی عام حالت کیا تھی، اور دوم یہ کہ اُس فعل کی اخلاقی نوعیت کے متعلق اُسے
کیا خاص علم تھا، تاہم عدالت کی خاص یا تمامتر توجہ آخر الذکر امر یعنے مجرمانہ فعل
کے علم کے طرف ہی مبذول رہتی ہے۔ چنانچہ اس کا نتیجہ اکثر اوقات یہ ہوتا ہے
کہ وہ شخص جس کی ذہنی حالت پر عام طور پر نظر ڈالنے سے یہ قرار دیا جاتا ہے کہ وہ
اس وقت بلاشبہ دیوانہ تھا، ایک خاص یعنے مجرمانہ فعل کے ارتکاب کے متعلق
صحیح العقل قرار دیا جاتا ہے۔ اس سے یہ نتیجہ اخذ ہوتا ہے کہ ایک شخص کو ارتکاب

قتل کے لئے قانوناً پھانسی دیجاتی ہے، اور اس کے ساتھ وہی عدالت اُسے اس قابل نہیں سمجھتی کہ وہ اپنی یا اپنی ملکیت کی نگہداشت اور خبر گیری کر سکتا ہے" (سنگر اور کروہن = Singer & Krohn)۔ اس دیوانہ مجرم کی خوش قسمتی سے جس کے لئے پھانسی کا حکم ہو چکا ہے، قانون مجرمین مجنون بابت ۱۸۸۴ء (Criminal Lunatics Act, 1884) میں ایک دفعہ (دفعہ ۲۔ ذیلی دفعہ ۴) موجود ہے کہ جب وزیر سلطنت کو کسی ذریعہ سے اطلاع ملے کہ اس امر کا یقین کرنے کے لئے وجوہات موجود ہیں کہ ایک شخص، جسے پھانسی کی سزا کا حکم ہو چکا ہے، دیوانہ ہے تو صاحب موصوف کو لازم ہے کہ وہ دو یا زائد قانونی طور پر مستند طبیبوں کو ایسے قیدی کے امتحان اور اس کی دیوانگی کے متعلق دریافت کرنے کے لئے مقرر کریں۔ اگر یہ اطبا یا اُن کی اکثریت اس شخص کو مجنون تسلیم کرلے اور وزیر سلطنت مناسب خیال کریں تو وہ اس قیدی کے کسی مأمن (جو مجرمین مجنون کے لئے ہو) میں منتقل کئے جانے کا حکم صادر فرما سکتے ہیں۔ حاصل کلام یہ کہ مقدمہ کی درپیشی کے وقت قیدی کو دیوانہ مگر مستوجب سزا قرار دیا جا سکتا ہے، اور اُسے اس سزا سے صرف اُس وقت معافی ملتی ہے جب کہ وہ حکم سزا کی تعمیل کا انتظار کر رہا ہو۔

اِن طریقوں میں جو بے ربطیاں ظاہر ہوئی ہیں، قانون میں اُن کا کسیقدر لحاظ اس طرح پر رکھا گیا ہے کہ جج جیوری کو ہدایتیں دیتے وقت صوابدید کے وسیع اختیارات کام میں لا سکتا ہے، اور مزید برآں حال ہی میں (رونالڈ ٹرو کے مقدمہ کے بعد) ایک خاص مجلس جسٹس اٹکن کی سرکردگی میں مقرر کی گئی۔ اٹکن مجلس نے حسب ذیل سفارش کی: — "اِس امر کو تسلیم کرنا چاہئے کہ وہ شخص جس پر کسی فوجداری جُرم کا الزام لگایا گیا ہے، اپنے فعل کا ذمہ دار نہیں ہو سکتا جب کہ فعل مذکور اُس سے کسی ایسے اضطراری جذبہ کے تحت سرزد ہوا ہو جس سے باز رہنے کی قوت قیدی میں فی الحقیقت کسی ذہنی مرض کے باعث سلب ہو گئی ہو۔"

اگر اس سفارش کو منظور کر لیا جائے تو اس سے بعض اُن مشکلات کا سدِ باب ہو جائے گا جو میکناٹن قواعد کے غیر مشروط اطلاق سے پیدا ہو جاتی ہیں۔ لیکن یہ نہ تو اُن قواعد کو منسوخ کرتی ہے اور نہ اُن کی قائم مقام ہے۔ اسیواسطے اِس سے ذہن

اور ذہنی عوارض کے متعلق اُس پارینہ نظریہ کی تصحیح نہیں ہوتی جس کے قواعد مذکور حائل ہیں۔ مجرمانہ ذمہ داری کے اُن مقدمات میں جن میں دیوانگی کا عذر پیش کیا گیا ہو طبیب جب بحیثیت گواہ پیش ہوتا ہے تو خود کو مشکلوں اور دشواریوں سے گھرا ہوا پاتا ہے۔ اولاً یہ ہے کہ طبی گواہ (جس کی حیثیت ایک ماہر کی ہوتی ہے، نہ کہ واقعات کے متعلق ایک معمولی گواہ کی) اُس مقدمہ میں جس میں اُس کو طلب کیا جاتا ہے ایک یا دوسرے فریق کی طرف سے پیش ہوتا ہے۔ لہٰذا وہ عدالت کی نظر میں اُس حد تک اُس فریق کا طرف دار ہوتا ہے۔ وہ مجبور ہوتا ہے کہ اپنی شہادت کے ایک حصے کو جو زمانہ گذشتہ کے واقعات سے متعلق ہوتا ہے، طرف دار اشخاص (مریض اور اُس کے دوستوں) کے بیانات پر سے فراہم کرے۔ قیدی کی ذہنی حالت کے متعلق اُس کے ذاتی بلاواسطہ مشاہدات نہایت ناموافق حالات میں کئے جاتے ہیں یعنی ملزم محبس میں ہوتا ہے اور مشاہدے کا وقت اور موقع اُس کے قید میں ہونے اور مقدمہ کی تاریخ جلد مقرر ہونے کی وجہ سے محدود ہوتا ہے۔ عدالت میں بھی طبیب کو اپنی توجہ جس امر کی طرف رکھنے کو کہا جاتا ہے وہ وہ چیز نہیں ہوتی کہ جس کی شناخت کا وہ اپنی تعلیم و تربیت کے لحاظ سے سب سے زیادہ اہل ہے (یعنے قیدی کی عام ذہنی حالت) بلکہ زیادہ تر ایک خاص فعل کے لئے ذمہ داری کا نسبتہً بہت زیادہ مشکل مسئلہ ہوتا ہے، جس میں ہر شخص اپنی اپنی رائے رکھ سکتا ہے۔

اِن میں سے پہلی دقت کو کم کرنے کے لئے طبیب خود ہی کچھ کر سکتا ہے۔ اور وہ یہ کہ جب اُس سے ایک یا دوسرے فریق کی طرف سے قیدی کو دیکھنے کی خواہش کی جائے تو اُسے یہ جواب دینا چاہئیے کہ میں مریض کو دیکھوں گا اور اُس کا امتحان کروں گا اور جو واقعات مجھے معلوم ہوں گے اُن کے لحاظ سے اپنی رپورٹ پیش کر دوں گا۔ اگر میری اُس رپورٹ کی بنا پر درخواست کنندہ شیران قانونی مجھے پیش کرنا چاہیں تو میں اسکے لئے راضی ہوں۔

دوسری مشکلات کے تدارک کے لئے یہ تجویزیں پیش کی گئی ہیں کہ اِس امر کی روک تھام کے لئے کہ طبی گواہ مخالف جانبوں پر نہ پیش ہوں، غیر جانبدار ماہرین کا ایک گروہ مقرر کر دیا جائے جو عدالت کے سامنے اپنی مشترکہ رپورٹ پیش کرے۔ لیکن 828

ایسا اب تک اس ملک (انگلستان) میں نہیں ہوتا ہے۔ امتحان کے لئے کافی وقت دینے کے لئے بعض ملکوں میں یہ انتظام کیا گیا ہے کہ مریض کو کچھ عرصہ تک مشاہدہ کے لئے کسی نفسی مرضی شفاخانہ (psychopathic hospital) میں منتقل کر دیا جائے۔ سب سے آخری اعتراض (یعنے یہ کہ طبی گواہوں سے یہ خواہش کی جاتی ہے کہ مخصوص ذمہ داری کی موجودگی یا عدم موجودگی کی تصدیق کریں) کے جواب میں یہ بیان کیا جاتا ہے کہ ذمہ داری کا فیصلہ کرنا جیوری کا کام ہے۔ برطانوی طبی نفسیاتی انجمن (British Medico-Psychological Institution) نے اپنی ایک تازہ سفارش میں یہ رائے دی ہے کہ اس سوال کے علاوہ جو میکناٹنی قواعد میں درج ہے، جیوری سے یہ بھی دریافت کرنا چاہیئے کہ آیا اُن کی رائے میں قیدی اُس وقت دیوانہ تھا، اور آیا اُس کا فعل اُسکی دیوانگی سے تعلق رکھتا تھا؟

حوالہ جات

References

1 Dunton, W. R., Jr. "Prescribing Occupational Therapy." London, 1928.

2. Flournoy, H. "L'Enseigsement Psychiatrique d'Adolf Meyer," *Archives de Psychologie,* 1926, xx. 81.

3 Freud, S. "Introductory Lectures," London, 1922.

4 Hart, B. "Psychology of Insanity." Cambridge, 1919.

5 Henderson, D. K., and Gillespie, R. D. "Text-book of Psychiatry." London, 3rd ed., 1933.

6 Jung, C. "The Psychology of Dementia Praecox." New York, 1919.

7 Kraepelin, E. "Dementia Præcox." translated by Barclay. Edinburgh, 1919.

8 Kraepelin, E. "Manic-depressive Insanity asd Paranoia." *Ibid.*

9 MacCurdy, J. T. "Psychology of Emotion," London, 1925.

10 Meyer, A. Article on "Paranoia." Modern Treatment of Nervous and Mental Diseases, New York, 1913.

11 Ross, T. A. The Common Neuroses. London, 1924.

12 Terman, L. M. "Measurement of Intelligence." New York, 1916.

13 Theobald, H. S. "The Law relating to Lunacy." London, 1924.

14 Tredgold, A. F. "Mental Deficiency." London, 1929.

15 Wells, F. L. "Mental Tests in Clinical Practice." New York. 1927.

صحت نامہ

عمل طب جلد سوم

صفحہ	سطر	غلط	صحیح	صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۱۰	۱۸	مُعَیّنین کے	مُعَیّنین کی	۲۱۰	۳	برآزندہ بیشے	برآزندہ ریشے
۲۰	۴	بیض و مویت	بیضی مویت	۲۲۴	۲	انمصی مسکوسہ	انمصی محبیت
۲۱	۵	کوئی دوسرے	کسی دوسرے	۲۲۶	۹	دماغی ہے۔	دماغی سے۔
۲۵	۶	مزمن	مرض	۲۴۸	۵	اوپروار	اوپر کو
"	۱۸	سپیدی خلوی	سپید خلوی	۲۶۰	۱۴	بالنُور تعامل	تعامل بالنور
۳۲	۲۳	گیٹ	کیٹ	۲۷۶	۱۱	عصبیہ سے	عصبیہ کے
۴۱	۱۶	تغنیم	تفخیم	۲۸۷	۱۰	مغایرت	معائرت
۴۸	۱۴	tubal	or tubal	۲۹۶	۶	اوپروار	اوپر کو
۷۷	۲۱	پیدا ہوجانے	پیدا ہوجائے	۲۹۹	۱۸	سے پندرہ دن	سے قبل پندرہ دن
۹۱	۸	خراج	سلعہ	۳۰۳	۵	نظر آتی	نظر آتے
۱۰۸	۱۴	۶۷۸	۶۵۸	۳۱۸	۳	عصب عضلی	ضفیرۂ عضلی
۱۲۱	۶	ایک مفصلی	یک مفصلی	۳۳۵	۱	febrile	febrile or toxic
۱۲۲	۱۸	موجود ہوتا ہے	ہوتا ہے				
۱۲۳	۱۴	جلدی	زیر جلدی	۳۷۷	۴	اتنے شدید	اتنے ہی شدید
۱۳۴	۲۰	اس سے یورک ایسڈ	اس سے بھی یورک	۳۸۷	۱۲	درجہ میں دیکھی	درجہ میں بھی دیکھی
"	۶	کے اخراج میں بھی	ایسڈ کے اخراج میں	۴۴۳	۲۵	قلب پایا جاتا ہے	قلب۔
۱۴۵	۱۰	OSTFITIS	OSTEITIS	۴۴۸	۱۶	کے علامات	کی علامات
۱۶۴	۷	asorbic	ascorbic	۴۶۰	۲۰	لمفی	قطنی

صفحہ	سطر	غلط	صحیح	صفحہ	سطر	غلط	صحیح
۴۶۵	۱۹	اُففی	انفی	۵۹۹	۶	سے اس	سے ۔ اس
۵۱۹	۷	نخاعی	نخامی	۶۰۲	۲۳	عصباتی	عصبانی
۵۴۷	۱۳	یہ استثناء	یہ استثنار	۶۱۵	۱۹	dysarthria=	(dysarthria=
۵۷۶	۲۴	مثلاً........	مثلاً کلائی کے التہاب				
		....	مفصل میں سارے	۶۱۸	۶	ب	ج
		....	بازو اور شانہ	″	۲۰	ج	د
		....	کے عضلات ۔	۶۲۳	۱۵	بعید حافظہ	رٹی ہوئی چیزوں کا حافظہ
		....	مفصلی التہابی	۶۲۴	۲۵	اس کے علامات	اس کے علامات
۵۷۸	۶	ذبول	بیش پرورش	″	″	اس کے ما ل میں	اس کے ماحول میں
۵۹۰	۱۴	مختلف	اختلاف پذیر	۶۳۵	۸	چُھٹ پٹے	جھٹ پٹے
۵۹۵	۱۷	آہنگی	ہم آہنگی	۷۳۲	۱۴	:۔بذریعہ	:۔(۱) بذریعہ

اشاریہ

عمل طب

جلد سوم